

**Scheve Management**  
**Referat Produkte**

**Qualität im Diakoniewerk Bethel  
und seinen Beteiligungen:**

**Interne Revision in Medizin und Pflege und  
Managementbewertungen**

**Qualitätsbericht 2014**

Andreas Dietel



**NETZWERK FÜR MENSCHEN**  
**DIAKONIEWERK BETHEL**

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Prüfungsgrundlagen</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Prüfungsdurchführung</b> .....	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Prüfungsergebnisse im Überblick</b> .....	<b>7</b>
4.1	Bauliches, Wohnliches, Orientierung.....	7
4.1.1	<i>Konzept Wohnraumgestaltung</i> .....	7
4.1.2	<i>Ausstattung der Wohnbereiche, Stationen und Zimmer (Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen)</i> .....	8
4.1.3	<i>Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner (Seniorenzentren)</i> .....	9
4.1.4	<i>Bewertung der Ausstattung der Wohnbereiche / Stationen, Außenbereiche / Informationsmittel (Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen)</i> .....	9
4.1.5	<i>Bewertung des Umfeldes der Inaugenschein genommenen Bewohner / Patienten</i> .....	10
4.2	Ordnung, Sauberkeit, Hygiene.....	11
4.2.1	<i>Bewertung der Reinigungsleistungen in den Wohnbereichen / Stationen und den Zimmern</i> .....	11
4.2.2	<i>Hygiene</i> .....	13
4.2.3	<i>Gesamteindruck der Hygiene</i> .....	14
4.3	Konzepte, Standards, Management.....	14
4.3.1	<i>Führungsprozesse</i> .....	14
	Diakonisches Profil.....	14
	Dienstplan / Tourenplan.....	19
	Interne Kommunikation, Einarbeitung neuer Mitarbeiter / Ehrenamtlicher.....	20
	Mitarbeitergespräche / Teamentwicklung / Ausbildung.....	21
	Fort- und Weiterbildungsmanagement / Literatur.....	22
4.3.2	<i>Qualitätsmanagement</i> .....	23
	Struktur des Qualitätsmanagements.....	23

Maßnahmen der internen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (Umsetzung des ‚Plan-Do-Check-Act‘ – des PDCA-Zyklusses) .....	24
4.3.3 <i>Sicherheit</i> .....	25
Arbeitsschutz / Brandschutz / Wartungs- und Kontrollsystem / Gebäude- und Geländesicherheit .....	25
4.3.4 <i>Leitbilder, Konzepte und Versorgung</i> .....	25
Leitbilder .....	25
Konzepte.....	27
4.3.5 <i>Erstkontakt, Erstgespräch, Aufnahme</i> .....	27
Versorgung und Integration der Patienten / Bewohner .....	28
Überprüfung / Präsentation / Zielerreichung .....	30
Fachliche Schwerpunkte.....	31
4.3.6 <i>Standards und Leitlinien</i> .....	32
Pflegerischer Bereich.....	33
Ernährung .....	33
Medikamentenversorgung .....	34
Geregeltes Notfallmanagement .....	36
4.4 Ergebnisqualität: (Pflegerischer)-Zustand von Patienten und Bewohnern.....	36
4.5 Ergebnisqualität: Überprüfung der medizinischen Dokumentation .....	37
4.5.1 <i>Vollständigkeit</i> .....	37
4.5.2 <i>Formale und inhaltliche Führung der medizinischen Dokumentation</i> .....	38
4.6 Rezertifizierung 2013 / 2014 .....	39
4.7 Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DSP .....	40
4.8 Zentrale Projekte zur Konzernentwicklung 2014 / 2015.....	40
4.9 Schwerpunktthemen 2014 – Ergebnisse .....	40
4.10 Schwerpunktthemen 2015 .....	42
4.11 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2012 bis 2014 in der Synopse.....	45
<b>5 Managementbewertungen 2013 im Überblick.....</b>	<b>46</b>
5.1 Patienten / Bewohnerorientierung.....	46
5.1.1 <i>Kennzahlen der Patienten- / Bewohnerorientierung</i> .....	46
Hohe Kapazitätsauslastung .....	46

Kontrollierte Fallschwere.....	46
Komplette Personalbedarfsdeckung .....	47
5.1.2 <i>Patienten- / Bewohnerbefragung</i> .....	48
5.1.3 <i>Visitenergebnisse</i> .....	49
Durchführung Pflegevisiten.....	49
Verbesserungspotenziale Integrations- und Pflegevisiten .....	50
Audits nach Nationalen Expertenstandards.....	52
Fokussierte Visiten.....	52
5.1.4 <i>Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahmen</i> .....	53
5.1.5 <i>Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag 31. Dezember</i> .....	53
Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag .....	54
5.2 Mitarbeiterorientierung.....	55
5.2.1 <i>Kennzahlen der Mitarbeiterorientierung</i> .....	55
5.2.2 <i>Mitarbeitergespräche</i> .....	56
5.3 Sicherheit.....	57
5.3.1 <i>Arbeitsschutz</i> .....	57
5.3.2 <i>Hygiene</i> .....	58
5.3.3 <i>Lieferantenbewertung</i> .....	58
5.4 Qualitätsmanagement.....	59
5.4.1 <i>Fehlermanagement</i> .....	59
5.4.2 <i>Beschwerdemanagement</i> .....	60
<b>6 Zusammenfassung</b> .....	<b>61</b>
<b>7 Ausblick</b> .....	<b>68</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>69</b>

## 1 Einleitung

Das **Gesamtkonzept der Qualitätssicherung** im Diakoniewerk Bethel (**DwB**) und seinen Unternehmensbeteiligungen (**UB**) basiert auf dem Gedanken, dass die Verantwortung prinzipiell im Betrieb wahrgenommen wird. Dies wird durch die direkte Qualitätssicherung und -entwicklung vor Ort erreicht, z.B. durch interne Audits, Pflegevisiten oder Qualitätszirkel.

Zum anderen gibt es naturgemäß ein übergeordnetes strategisches Interesse des Gesellschafters an der medizinischen und pflegerischen Qualität der Bethel-Betriebe. Diese wird durch die Interne Revision in Medizin und Pflege untersucht und abgebildet.

Im elften Jahr der Internen Revision in Medizin und Pflege wird nicht nur ein zusammenfassender Qualitätsbericht für die UB des DwB vorgelegt, sondern auch ein Benchmark durch die Gegenüberstellung aller Managementbewertungen ermöglicht (siehe auch Qualitätsberichte 2003 - 2013).

Mit dem Instrument der Internen Revision nimmt das Referat Produkte seine Aufgaben der Beratung, Begleitung und Überwachung der Betriebe hinsichtlich ihrer Leistungserbringung wahr.

Da sich die Gesamtergebnisse über die letzten Jahre hinweg auf hohem Niveau stabilisiert haben (**vgl. Kapitel 4.11**), wird seit 2013 jede UB **ein Jahr vor ihrer Zertifizierung** im Rahmen der Internen Revision (**IR**) begutachtet. Im zweiten Jahr des dreijährigen Prüfzyklusses findet die Rezertifizierung statt, im dritten werden die Bewertungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (**MDK**) (und der Heimaufsichten) herangezogen. Sollten die Feststellungen im Rahmen der Rezertifizierungen oder die Noten des MDK erheblich von denen der IR des ersten Jahres abweichen, findet zwangsläufig eine erneute IR statt.

Die Bewertungen des IR-Jahres werden über den verbleibenden Zeitraum ‚mitgezogen‘ und den aktuellen MDK-Benotungen gegenübergestellt (**vgl. Kapitel 4.11**, Erläuterungen hierzu im **Anhang 2, Folie 3 ff.**)

Bereiteten sich bis 2013 der Auditor (Referatsleiter Produkte) und ein Ko-Auditor (Pflegedienstleitung einer anderen Einrichtung) gemeinsam auf die IR vor, die über

zwei Tage ging, begleiten ab 2013 je zwei Ko-Auditoren eine IR, um einen umfassenden Einblick sicherstellen und ggf. Veränderungen / Abweichungen feststellen zu können.

Als Grundlage der Prüfungen wurden hauptsächlich die Prüfkataloge des Diakoniesiegels Pflege, der die Kataloge des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (**MDK**) und die durch die Heimaufsicht festgelegten Aspekte integriert, sowie Kernkriterien des KTQ-Manuals herangezogen, vervollständigt durch die für das DwB entwickelten diakoniespezifischen Kriterien.

Die zusammenfassende tabellarische Gesamtbeurteilung nach Schulnoten (Prüfergebnisse in der Synopse“, **siehe Kapitel 4.11**) stellt die Entwicklung der jeweils letzten drei Jahre im Überblick dar.

## 2 Prüfungsgrundlagen

Die Prüfungsgrundlagen und Prüfkriterien wurden entsprechend der gesetzlichen Forderungen festgelegt. U.a. wurden folgende gesetzliche Grundlagen in den Prüfungskatalogen berücksichtigt:

- SGB XI, insbes. § 80
- SGB V, insbes. § 137
- Heimgesetz
- Heimmindestbauverordnung
- Heimpersonalverordnung
- Heimmitwirkungsverordnung
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe
- Rahmenverträge/Versorgungsverträge nach § 75 SGB XI
- Infektionsschutzgesetz
- Hygienerichtlinien der Länder für Altenpflegeeinrichtungen
- HACCP
- Hygienerichtlinien des RKI (Robert-Koch-Institut)
- Medizinprodukte-Betreiberverordnung
- Krankenpflegegesetz/Altenpflegegesetz
- MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität
- geltende MDS-Richtlinien, u.a. zum Pflegeprozess, zur Pflegedokumentation sowie zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Als Leitfaden für die Befragung dienten in den Seniorenzentren, den Pflegediensten und der Diakoniestation:

- Auditcheckliste zum Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege Vers. 2
- das MDK-Prüfverfahren
- AOK Prüfkatalog zur Ergänzungsvereinbarung nach § 132 a SGB V für die Berliner Pflegedienste
- Diakoniespezifische Kriterien des DwB

Grundlagen für die diakoniespezifischen Kriterien sind:

- das Leitbild ‚Seelsorge im DwB‘
- das Rahmenkonzept ‚Arbeiten in christlicher Verantwortung DwB‘
- ‚Leben und Arbeiten – Leitungs- und Führungsgrundsätze im DwB‘

- das Leitbild ‚Diakonie‘
- das Bundesrahmenhandbuch ‚Diakonie-Siegel Pflege‘
- die Auditcheckliste zum Bundesrahmenhandbuch

Als Leitfaden für die Befragung dienen im Krankenhaus und in den Reha-Kliniken:

- die KTQ-Kataloge (Kooperation und Transparenz für Qualität im Krankenhaus) für das Krankenhaus und die Reha-Kliniken
- die Auditcheckliste zum Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege Vers. 2
- das MDK-Prüfverfahren
- die Anforderungen für den Qualitätsbericht gem. § 137 SGB V
- diakoniespezifische Kriterien des DwB

Die oben genannten gesetzlichen Grundlagen wurden, sofern sie nicht bereits in den Katalogen des Diakonie-Siegels Pflege, von KTQ bzw. im MDK-Katalog enthalten waren, dem Prüfverfahren ergänzend hinzugefügt.

### 3 Prüfungsdurchführung

Die Prüfgrundlagen und das Prüfverfahren wurden mit allen Betrieben abgestimmt. Die Prüfung erstreckte sich (je nach Größe) i.d.R. über zwei Tage. Die Auditorenbesuche in den Betrieben erfolgten angemeldet.

Das 2007 eingeführte Rotationsverfahren, bei dem der leitende Auditor durch einen Ko-Auditor, eine Pflegedienstleitung einer jeweils anderen Einrichtung, begleitet wurde, gehört seit 2008 zur Routine. Seit 2009 erhalten die Ko-Auditoren die Qualitätsmanagementhandbücher (QMB) drei Wochen vor dem Audit zur Durchsicht, um sich in den Revisionsprozess einbringen zu können.

Seit 2013 werden die Einrichtung des DwB wegen ihrer guten Ergebnisse nur noch alle drei Jahre einer Internen Revision unterzogen, während künftig in den dazwischen liegenden Jahren die Rezertifizierungen stattfinden sowie jährliche MDK-Bewertungen zur Beurteilung der Qualität herangezogen werden. Die Internen Revisionen werden seit 2013 durch zwei Ko-Auditoren begleitet.

Alle Elemente der Prüfung inklusive der Bewertung der Leistungen wurden gemeinsam in der Gruppe der Auditoren vorgenommen, wobei das Votum des leitenden Auditors den Ausschlag gibt.

Auf vorliegende Dokumente wurde Bezug genommen, bei nicht schlüssigen Prozessbeschreibungen, Fragen zur Durchdringung und Nachhaltigkeit gestellt bzw. Hinweise und Empfehlungen gegeben. Hierzu wurden auch die im Vorjahr erstellten Revisionsberichte und von den Einrichtungen auf dieser Grundlage erstellten Maßnahmenkataloge herangezogen und mit den Ergebnissen abgeglichen.

Während der Revisionen wurden möglichst alle Mitarbeiter, die sich maßgebend in die Qualitätsarbeit ihrer Einrichtung einbringen, in die Dialoge eingeschlossen. An ihnen nahmen die Führungskräfte (Geschäftsführung, Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung, aber auch Chef- und Oberärzte, Stations- bzw. Wohnbereichsleitungen) und die Qualitätsbeauftragten sowie weitere Beauftragte (z.B. Hygienebeauftragte, Sicherheitsbeauftragte etc.) teil. Darüber hinaus wurden auf den Wohnbereichen und Stationen das anwesende Bezugs-Pflegefachpersonal befragt und durch jene wesentliche Prozesse erläutert.

In allen Betrieben fand neben der Dokumentenprüfung der QM-Literatur eine umfassende Begehung statt. Hier wurden entsprechend der Vorgaben des SGB V und XI sowie (für die Seniorenzentren) des Heimgesetzes die Umsetzung der Gestaltung, insbesondere aber die Einhaltung von Hygiene und Sauberkeit überprüft. Die Kriterien der Sauberkeit und Hygiene umfassten ebenso die Einhaltung der HACCP für die Küchenbereiche.

Darüber hinaus erfolgte eine Prüfung der direkten pflegerischen und ggf. ärztlichen Ergebnisqualität bei mindestens 6 Patienten/Bewohnern (abhängig von der Größe des Betriebes auch mehr). Parallel hierzu wurde die dazugehörige pflegerische, ärztliche und therapeutische Dokumentation anhand eines festgelegten Kriterienkataloges bewertet.

Zu den Abschlussveranstaltungen wurden alle Mitarbeiter eingeladen. Im Abschlussgespräch wurde das Prüfungsergebnis ausgewertet und die entsprechend erkannten Stärken und Defizite zusammengefasst. Sofern die sofortige Umsetzung von Maßnahmen notwendig erschien, wurden diese im Anschluss besprochen und, falls erforderlich, detaillierte und datierte Zielvereinbarungen festgelegt.

Die Berichte zur Revision enthalten Empfehlungen und Hinweise und stellen die Arbeitsgrundlage für weitere Verbesserungsmaßnahmen bzw. Maßnahmenkataloge der Einrichtungen dar. Die Maßnahmenkataloge werden in GroupWise eingestellt, für die Andreas Dietel, Referatsleiter Produkte, das Leserecht besitzt. Seit 2008 werden darüber hinaus alle Berichte im Internet veröffentlicht, wobei bewohner- und patientenrelevante Daten geschwärzt sind.

Im Rahmen der Internen Revision wurden 2014 folgende Einrichtungen geprüft und deren Daten in den folgenden Tabellen aktualisiert: Seniorenzentrum Bethel Köpenick (SZKÖ), Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain (SZFR), Krankenhaus Bethel Berlin (KHBE), Reha-Klinik Bethel Trossingen (RKTR) und das Seniorenzentrum Bethel München (SZMÜ). Alle anderen Daten stammen aus 2012 bzw. 2013 (**vgl. Kapitel 4.11 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2012 bis 2014 in der Synopse**).

## 4 Prüfungsergebnisse im Überblick

Nachfolgend werden alle ausgewählten Kriterien der sechs Kategorien, im Überblick dargestellt. Die Bewertung erfolgte entweder im Rahmen einer dreistufigen Farbskala (ja, VP, nein) oder in Schulnoten, die durch eine fünfstufige Farbskala unterlegt sind. Die vollständigen Beschreibungen einzelner Kriterien finden sich in den Revisionsberichten der Unternehmensbeteiligungen (UB), die im Internet auf den Seiten der entsprechenden UB veröffentlicht wurden.

### Farbkodierungen:

sehr gut
gut bzw. Kriterium vorhanden ('Ja')
befriedigend bzw. Verbesserungspotential (VP) bzw. Überarbeitung (Ü)
ausreichend
nicht ausreichend (n.a.) bzw. mangelhaft bzw. Kriterium nicht vorhanden ('Nein')
keine Bewertung (k.B.) bzw. trifft nicht zu (t.n.z.)

### 4.1 Bauliches, Wohnliches, Orientierung<sup>1</sup>

In diesem Kapitel werden die Möglichkeiten, die den Bewohnern / den Patienten geboten werden, behandelt. Darüber hinaus wird aus der Hauswirtschaft der Bereich der Verpflegung bewertet, da ein gutes Essen das Wohlfühl und somit die Atmosphäre und Wohnlichkeit beeinflussen kann.

#### 4.1.1 Konzept Wohnraumgestaltung

Unter diesem Kapitel werden die den Bewohnern im Einrichtungskonzept der Seniorenzentren garantierten Möglichkeiten verstanden, ihre Zimmer individuell zu gestalten. Hierbei werden folgende Kriterien bewertet, die für Pflegedienste, die Diakoniestation, das Krankenhaus und die Reha-Kliniken nicht relevant sind:

- **Individuelle Gestaltung** des Zimmers (Einbettzimmer) bzw. des geteilten Zimmers (Mehrbettzimmer) mit eigenen Möbeln möglich.
- **Mitnahme persönlicher Gegenstände** / Erinnerungsstücke ist möglich.
- Mitnahme **eigener Wäsche** möglich.
- **Abschließbare Schubladen oder Fächer** sind für alle Bewohner vorgesehen.

<sup>1</sup> Diakoniestationen: nur Orientierung

	Gestaltung des Zimmers	Mitnahme pers. Gegenstände	Mitnahme eigener Wäsche	Schubladen, Schließfächer
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	k.B.	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	k.B.	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	nein

#### 4.1.2 Ausstattung der Wohnbereiche, Stationen und Zimmer (Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen)

Hierunter werden folgende Kriterien zusammengefasst, die bei der Begehung durch die Auditoren auf Vorhandensein und Funktion stichprobenartig geprüft werden:

- **Stufenloser Eingang** zur Einrichtung.
- **Aufzüge** mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1,20 m).
- **Handläufe** auf allen Fluren / **Haltegriffe im Sanitärbereich** (Toiletten, Duschen, Badewannen).
- **Behindertengerechtes Bad** und Toilette auf jeder Etage.
- Intakte und erreichbare **Rufanlage** / Intakte **Nachtbeleuchtung**.
- **Höhenverstellbare Pflegebetten**.
- Fußboden **rutschfest**.
- Allgemeine **Orientierungshilfen** (Beschriftung Speiseraum, WC, Büros, etc.).

	Stufenloser Eingang	Aufzüge	Handläufe, Haltegriffe, behindertengerechtes Bad auf allen Etagen	Behindertengerechtes Bad	Rufanlage / Nachtbeleuchtung	Pflegebetten	Fußböden rutschfest	Allgemeine Orientierung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

	Allgemeine Orientierung
PDBE	ja
PDOE	ja
PDWE	ja

### 4.1.3 Ausstattung für gerontopsychiatrische Bewohner (Seniorenzentren)

Hierunter werden folgende Kriterien zusammengefasst, die bei der Begehung durch die Auditoren auf Vorhandensein und Funktion stichprobenartig geprüft werden:

- **Bewegungs-** und **Aufenthaltsmöglichkeiten** auch während der Nacht.
- Identifikationserleichternde **Milieugestaltung** in Zimmern und Aufenthaltsräumen.
- Angemessene **Beleuchtung** in den unterschiedlichen Wohn- und Aufenthaltsbereichen.
- Individuelle **Orientierungshilfen**.

	Bewegungs- / Aufenthaltsmöglichkeiten	Milieugestaltung	Angemessene Beleuchtung	Individuelle Orientierungshilfen
SZKÖ	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZFR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZOE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

### 4.1.4 Bewertung der Ausstattung der Wohnbereiche / Stationen, Außenbereiche / Informationsmittel (Pflegedienste: Büroräume, Wartezonen)

Die Auditoren bewerten während der Begehung folgende Kriterien mittels Schulnoten:

- Gestaltung der **Gemeinschaftsräume**.
- Gestaltung der **Außenbereiche** - Balkone / Gehwege / Bepflanzungen.
- **Erscheinungsbild** der **Flure** / Gestaltung der **Sitzgelegenheiten** / Informationsstafeln etc.

- **Veranstaltungsübersicht**

	Gestaltung der Gemeinschaftsräume	Gestaltung der Außenbereiche	Erscheinungsbild der Flure etc.	Veranstaltungsübersicht
<b>SZKÖ</b>	2+	1-	1-	1-
<b>SZFR</b>	1-	1	1-	1
<b>SZOE</b>	1-	k.B.	1	1
<b>SZWI</b>	1	1	1	2
<b>SZWE</b>	1	1-	1	1
<b>SZTR</b>	1	1	1	1
<b>SZMÜ</b>	1	1	1	1
<b>KHBE</b>	2+	1	2+	1
<b>RKWE</b>	2+	2	1	2+
<b>RKTR</b>	1-	1-	1-	1
<b>PDBE</b>	t.n.z.	3+	2	t.n.z.
<b>PDOE</b>	t.n.z.	2	1	t.n.z.
<b>PDWE</b>	t.n.z.	1	2+	t.n.z.

#### 4.1.5 Bewertung des Umfeldes der Inaugenschein genommenen Bewohner / Patienten

Das Umfeld wird während der Inaugenscheinnahme von Bewohnern / Patienten durch sie oder die Auditoren bewertet. Folgende Kriterien sind enthalten:

- **Atmosphäre** (Gestaltung / Farben, Mobiliar, Wandschmuck, Bilder, persönliche Fotos) – nicht zutreffend für den ambulanten Pflegedienst.
- Die **Bewertung der Verpflegung** resultiert aus der direkten Befragung der Bewohner / Patienten während der Begehung (→ Revisionsberichte der UB, Kap. 4.2) (ambulant finden Befragungen nur statt, wenn ein ‚Fahrbarer Mittagstisch‘ durch den Pflegedienst angeboten oder vermittelt wird und Patienten befragt werden können).

Die Bewertung erfolgt nach Schulnoten.

	Atmosphäre	Verpflegung
SZKÖ	1-	2+
SZFR	1-	2+
SZOE	1-	1-
SZWI	1-	1-
SZWE	2-	1
SZTR	2+	2+
SZMÜ	1-	2+

KHBE	3+	1-
RKWE	2-	1-
RKTR	1-	1-

PDBE	t.n.z.	t.n.z.
PDOE	t.n.z.	1
PDWE	t.n.z.	2

## 4.2 Ordnung, Sauberkeit, Hygiene

Wie im vorhergehenden Kapitel wird ein weiterer Bereich der Hauswirtschaft in Teilen vorgestellt (Reinigung). Die Hygiene wird im Rahmen des gesamten Managements behandelt (Strukturen, Prozesse, Ergebnisse).

### 4.2.1 Bewertung der Reinigungsleistungen in den Wohnbereichen / Stationen und den Zimmern

Die Auditoren bewerten während der Begehungen folgende Kriterien mittels Schulnoten (**Pflegedienste**: Verkehrsflächen, Büro- / Gemeinschaftsräume / Wartezonen):

- **Verkehrsflächen** - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit).
- **Gerüche** auf Fluren und in Funktionsräumen.
- Sauberkeit **Sanitärbereiche** und Funktionsräume.
- Sauberkeit in **Gemeinschaftsräumen**.
- Sauberkeit der **Umgebung**: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien.
- Sauberkeit **Verteilerküchen / Pflegedienste: Einrichtungsküche**.
- Reinigungsleistungen in den **Bewohner- / Patientenzimmern** (Sauberkeit der Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel, Gerüche) / **Pflegedienste: Büros**.

	Verkehrsflächen	Gerüche auf den Fluren	Sanitärflächen	Gemeinschaftsräume	Umgebung	Verteilerküche / Pflegedienste: Einrichtungsküche	Bewohner- / Patientenzimmer
<b>SZKÖ</b>	1	1	1	1	1	1	1-
<b>SZFR</b>	1	1	1	1	1-	1	1-
<b>SZOE</b>	1	2+	1	1-	1	1	1-
<b>SZWI</b>	2+	2+	1	1	1	1	1-
<b>SZWE</b>	1	1	1	1	1	1	1
<b>SZTR</b>	1	2+	1-	1	1	1	1-
<b>SZMÜ</b>	1	1	1	1	1	1	1
<b>KHBE</b>	1	1	1	1	1	1	1
<b>RKWE</b>	1	1	1	1	1	2+	1-
<b>RKTR</b>	1	1	1	1	1	k.B.	1
<b>PDBE</b>	2+	1	2+	1	1-	1	1-
<b>PDOE</b>	1	1	1	k.B.	1	t.n.z.	1
<b>PDWE</b>	2+	2+	2+	1	2+	2	1

### 4.2.2 Hygiene

In den folgenden Tabellen werden Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien der Anforderungen aus dem Diakonie-Siegel Pflege F 4.5 Hygiene zugrunde gelegt.

- **Verfahrensweisungen** (VA) zur Anforderung sind vorhanden und geeignet.
- **Struktur** zum Hygienemanagement ist vorhanden (Hygienebeauftragter, Begehungsplanung, Hygienekommission, Protokolle, Leitfaden).
- Regelmäßige **Begehungen** / Überprüfungen finden statt.
- **Maßnahmenpläne** liegen vor.
- **Pflichtschulungen** aller Mitarbeiter finden **regelmäßig** statt.
- Teilnahme (TN) an **Pflichtschulungen** wird überprüft.
- **Hygienepläne** sind aktuell und werden **ausgehängt**.

	VA	Struktur zum Hygienemanagement	Begehungen	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen finden regelmäßig statt	TN an Pflichtschulungen wird überprüft	Hygienepläne werden ausgehängt
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	VP	ja	ja	ja	ja	VP	ja
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja

### 4.2.3 Gesamteindruck der Hygiene

In der folgenden Tabelle werden Hygieneleistungen in den Wohnbereichen / Stationen / Büroräume sowie in den Bewohner- / Patientenzimmern der Inaugenschein genommenen Personen nach Schulnoten bewertet:

- Gesamteindruck auf **Wohnbereichen und Stationen** - hierbei fließen der Umgang mit Arbeitsmitteln, mit dem reinen / unreinen Arbeitsräumen, Lagerungshilfsmitteln, die Lagerung von Verbandsmaterialien und des Sterilgutes sowie die Kleidung der Mitarbeiter ein.
- Gesamteindruck im **Bewohner- / Patientenzimmer** – die Kleidung der Bewohner / Patienten sowie die Sauberkeit des Pflegebettes werden zur Bewertung des Kriteriums herangezogen.

	Wohnbereiche / Stationen	Bewohner- / Patientenzimmer
SZKÖ	1	1-
SZFR	1	1-
SZOE	1-	1
SZWI	2+	1-
SZWE	1	1
SZTR	1	1-
SZMÜ	1	1-
KHBE	1-	2+
RKWE	1	1-
RKTR	1-	1

## 4.3 Konzepte, Standards, Management

### 4.3.1 Führungsprozesse

#### Diakonisches Profil

Im Folgenden wird das Diakonische Profil, das sich durch alle Bereiche der Unternehmensbeteiligungen zieht, vorgestellt und dessen Ausprägung bewertet.

**Grundsätzlich** sind in allen Einrichtungen folgende Aspekte vorhanden:

- **Das Seelsorgeleitbild** ist vorhanden.
- Die Seelsorge wird von **Seelsorgern** vermittelt.
- Die **Angebotsübersicht zur Seelsorge** hängt gut sichtbar und lesbar an allen ‚schwarzen Brettern‘ der Einrichtungen.

- Die **Zusammenarbeit** mit anderen **Konfessionen** und umliegenden **Gemeinden** wird gesucht und gefördert (Liste über die zuständigen Pastoren/Pfarrer und Seelsorger liegt vor).
- Ausstattung der Bewohner- und Patientenzimmer mit dem **Neuen Testament** (NT) (Pflegedienste: Büro).
- Die Einrichtungen halten in den Gemeinschafts- und Diensträumen einen Satz NT, Gesangsbücher (Feiern und Loben und je nach Region zusätzlich ein evangelisches und / oder katholisches Gesangsbuch) und ein Aussegnungsset vor. **Bibeln und Gesangsbücher** werden mit Einlageblättern o.ä. ausgestattet, die einen Schnellzugriff auf besonders geeignete Texte und Lieder ermöglichen.
- Die Unternehmensbeteiligungen halten **weitere Fachliteratur** vor, die jedem Mitarbeiter jederzeit zur Verfügung steht.
- Die vorhandene Literatur ist auf einer **aktuellen Literaturliste** aufgeführt.
- Die **Umsetzung des Leitbildes** der Seelsorge und dieses Rahmenkonzeptes wird regelmäßig **evaluiert**. Hierfür werden in der UB/im AF geeignete Instrumente entwickelt. Die Ergebnisse werden dokumentiert, um Schlussfolgerungen abzuleiten und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses tätig zu werden.

	Seelsorgel-eitbild	Seelsorger vorhanden	Liste der Pastoren und Pfarrer	Zusammenarbeit Konfession / Gemeinden	Zimmer - NT	Bibel / Gesangsbuch	Fachliteratur	Aktuelle Literaturliste	Evaluation der Umsetzung des Leitbildes
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja	ja	ja	k.B.
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

PDBE	ja	ja	ja						
PDOE	ja	ja	ja						
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja

**Anmerkung:** Die Bibeln werden laufend nachbestellt, da die in den Patientenschränken ausgelegten zum Teil entwendet werden.

Angebote für **Bewohner und Patienten** gliedern sich wie folgt:

- **Seelsorgerische / diakonische Bedürfnisse** werden im Rahmen der Erstgespräche / bei Aufnahme des Bewohners / Patienten erfragt und dokumentiert. Es ist geregelt, durch wen und in welchem Rahmen diese Bedürfnisse erfasst werden.
- **Diakonische Angebote** (Andachten und Gottesdienst, Adressen umliegender Gemeinden und deren Veranstaltungsangebote) werden am ‚schwarzen Brett‘ bekannt gemacht.
- **Seelsorgerische Betreuung / Zuwendung / Informationen / Teilnahme an Gottesdienste** werden angeboten bzw. ermöglicht.
- **Die Zufriedenheit** mit dem Angebot wird **regelmäßig evaluiert**.

	Bedürfnisse Pat. / BW	Diakonische Angebote	Seelsorge- rische Betreuung / Zuwendung etc.	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	k.B.	ja
SZMÜ	VP	ja	ja	ja
KHBE	k.B.	ja	t.n.z.	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	k.B.	ja
PDBE	ja	ja	k.B.	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja

Angebote für **Mitarbeiter** umfassen folgende Kriterien:

- Diakonische Anforderungen sind in den **Stellen- und Aufgabenbeschreibungen** für Mitarbeiter und Ehrenamtliche hinterlegt.
- Das Thema „**Arbeiten in christlicher Verantwortung**“ ist Bestandteil von Vor- und **Einstellungsgesprächen**, der individuellen Einarbeitung neuer Mitarbeiter und (sofern vorhanden) von Einführungsseminaren für neue Mitarbeiter.
- **Mitarbeitern** der medizinischen/pflegerischen Bereiche wird vermittelt, dass die Bereitschaft zur Wahrnehmung seelsorgerischer Aufgaben von ihnen erwartet wird – Fortbildungen und geeignete Hilfsmittel **qualifizieren** sie **zur Führung von Gesprächen** religiöser Natur.
- Jeder **Mitarbeiter erhält ein Neues Testament** (z.B. in Zusammenarbeit mit dem Gideonbund).
- Das diakonische Profil ist **Bestandteil der Checkliste** zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter und Ehrenamtlicher.
- Regelmäßiger **Tagesordnungspunkt** der protokollierten Dienstbesprechungen sowie in Mitarbeitergesprächen
- Interne und externe **Fortbildungen**, die der Auseinandersetzung mit dem diakonischen Profil der UB / des AF dienen, werden angeboten bzw. die Mitarbeiter für die Teilnahme freigestellt.
- **Seelsorgeangebote** für Mitarbeiter, insbesondere auch für Menschen in persönlichen Krisensituationen, werden am ‚schwarzen Brett‘ veröffentlicht.
- Um **Abschied** nehmen zu können, wird die Teilnahme von Mitarbeitern an Aussegnungen und Beerdigungen **ermöglicht**.

	Stellen- und Aufgabenbeschreibung	Arbeiten in christlicher Verantwortung - Einstellungsgespräche	Qualifikation der Mitarbeiter	Mitarbeiter erhalten NT	Checkliste	TOP bei Dienstbesprechungen / MA-Gespräche	Fortbildungen	Seelsorgerliche Angebote	Teilnahme am Abschied / an Beerdigungen
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	VP	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.
RKWE	k.B.	k.B.	ja	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.
PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

Zur Begleitung von **Schwerkranken und Sterbenden** werden folgende Kriterien bewertet:

- **Verfahrensanweisungen (VA)** oder Standards zur Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden liegen vor (beispielsweise wird dort die Dokumentation und Unterstützung der Wünsche des Sterbenden durch die Mitarbeiter – z.B. Sterben in der gewohnten Umgebung – geregelt; bei Bedarf: Einbeziehung der Heimatgemeinde).
- **Maßnahmen im Todesfall** sind in der Regelung zu Notfällen schriftlich niedergelegt.
- Respektierung **anderer religiöser Kulturen** und Rituale, auf Wunsch Vermittlung von Kontakten zu entsprechenden Einrichtungen.
- Bei Bedarf wird das **Krankenabendmahl im Zimmer** des Bewohners / Patienten oder **zu Hause** durchgeführt.
- **Utensilien** zur Gestaltung eines würdigen Abschieds werden in den Einrichtungen auf den Wohnbereichen / Stationen vorgehalten.
- **Sterbende** werden auch während der Nacht ihren Bedürfnissen gemäß begleitet und versorgt.
- Die Umsetzung der VA und Standards wird regelmäßig überprüft bzw. **evaluiert**.

	VA	Maßnahmen im Todesfall	Respekt anderer Religionen	Krankenabendmahl	Utensilien	Versorgung Sterbender auch während der Nacht	Evaluation
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
SZMÜ	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja	k.B.

KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	VP	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.

PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.
PDWE	ja						

## Dienstplan / Tourenplan

Dienstpläne und zusätzlich in den Pflegediensten Tourenpläne sind:

- **Vollständig erstellt** und dokumentenecht (Beschriftung - Name der Einrichtung, Einsatzbereich, Gültigkeitszeitraum / Dreizeiligkeit - Vor- und Zunahme, Qualifikation, Regelarbeitszeiten / Legende der Abkürzungen / Datum der Erstellung mit Unterschrift der verantwortlichen Personen / PDL (Freigabe) / Berücksichtigung von Freistellungen, Anleitungszeiten (Praxisanleiter), Urlauben und Sonderaufgaben).
- **Bezugspflege** (personelle Kontinuität) wird deutlich.
- Einsatz des Pflegepersonals (Pflegefach- und Pflegekräfte) entsprechend Ihrer fachlichen **Qualifikation**.
- **Sonderzeiten** (Teambesprechungen, Pausen, Übergabefenster etc.) / **24-Stunden-Erreichbarkeit (ambulant)**.
- **Soll-/Ist-Planung** bzw. Abgleich.
- Ausweisung von **Ausfallzeiten**.
- Der Zeitpunkt der **Veröffentlichung** soll mindestens **vier Wochen** vor dem **Inkrafttreten** liegen.
- Die **Archivierung** beträgt mindestens 10 Jahre.

	Vollständigkeit	Bezugspflege	Qualifikation	Sonderzeiten / 24 Std. Erreichbarkeit	Soll-/Ist-Abgleich	Ausfallzeiten	Veröffentlichung	Archivierung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein
PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

### Interne Kommunikation, Einarbeitung neuer Mitarbeiter / Ehrenamtlicher

Folgende Kriterien werden geprüft:

- Eine **Übersicht** der Besprechungsarten und teilnehmenden Berufsgruppen liegt vor. Besprechungen werden **systematisch** organisiert (Benennung Verantwortlicher, Tagesordnung mit Ergänzungsmöglichkeiten durch Teilnehmer, zeitnah (Zeitraum festgelegt) erstellte Protokolle, Maßnahmenplan mit Ergebnisüberprüfung (wer, was bis wann)).
- **Vernetzung** der Berufs- und Funktionsgruppen wird sichergestellt (z.B. über das Krankenhausinformationssystem, GroupWise, gemeinsame Laufwerke).
- Systematische **Einarbeitung** und Begleitung **neuer Mitarbeiter** (Leitfaden / Checkliste, Mentor, Gespräche, Ermittlung von Fortbildungsbedarfen / Qualifikation, systematische Ermittlung des Erfolges der Einarbeitung).
- Systematische **Einarbeitung** und **Betreuung Ehrenamtlicher** (Einarbeitung erfolgt analog zu hauptamtlichen Mitarbeitern).

	Systematische Übersicht	Vernetzung	Einarbeitung neuer Mitarbeiter	Einarbeitung Ehrenamtlicher
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZOE	VP	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	VP	ja	nein
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja

KHBE	ja	ja	ja	t.n.z.
RKWE	ja	ja	ja	t.n.z.
RKTR	ja	ja	ja	t.n.z.

PDBE	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	t.n.z.
PDWE	ja	ja	ja	VP

### Mitarbeitergespräche / Teamentwicklung / Ausbildung

Folgende Kriterien werden geprüft:

- **Mitarbeitergespräche** finden regelmäßig und systematisch geplant statt (Termin, Vorbereitung, Themen, Zielvereinbarungen).
- **Maßnahmen zur Teamentwicklung** werden regelmäßig im Zuge von systematischen Befragungen und Audits geprüft und, wenn notwendig, angeboten.
- **Strukturierte Ausbildung** (Regelung).
- Die **Auszubildenden** werden **systematisch begleitet** (Ressourcen vorhanden, Lernziele, Reflexionsgespräche, Überprüfung des Erfolges zur Weiterentwicklung des Konzeptes, Informations- und Erfahrungsaustausch mit der Ausbildungsstätte).

	Mitarbeitergespräche	Maßnahmen der Teamentwicklung	Strukturierte Ausbildung	Systematische Begleitung der Auszubildenden
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	VP	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	VP
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	VP	VP

KHBE	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	VP	VP	VP
RKTR	ja	ja	ja	nein

PDBE	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	k.B.	k.B.

### Fort- und Weiterbildungsmanagement / Literatur

- Die Planung richtet sich nach **Fort- / Weiterbildungsbedarfen** der Mitarbeiter (wird regelmäßig in allen Bereichen erhoben) und den Notwendigkeiten der Einrichtung (z.B. Bedarfe, die sich aus den Auditergebnissen ergeben, neue Anforderungen und Fachschwerpunkte).
- Es gibt ein **Fortbildungsbudget** für die / den Verantwortlichen.
- **Fortbildungspläne** werden regelmäßig für alle Bereiche erstellt sowie bekannt gemacht.
- **Pflichtfortbildungen** sind festgelegt.
- Fortbildungspläne weisen **Fortbildungspunkte** („Registrierung beruflich Pflegenden“, „Fortbildungspunkte“, anerkannt durch die jeweilige Landesärztekammer) aus.
- Die Pläne weisen **Schwerpunktthemen** (→ z.B. angelehnt an die Anforderungen der Nationalen Expertenstandards) aus, die systematisch ‚abgearbeitet‘ werden.
- Die **Teilnahmen** werden **überprüft** und Mitarbeiter, die ihre Pflichtfortbildungen nicht wahrnehmen konnten, nachgeschult.
- Der **Erfolg der Maßnahmen** wird in geeigneter Weise **evaluiert** (z.B. im Rahmen der Nationalen Expertenstandards: Rückgang der Dekubitalgeschwüre / Stürze).
- Eine Auswahl aktueller **Fachbücher** wird für alle Mitarbeiter zugänglich aufbewahrt, die in einer Literaturliste aufgeführt sind. Mindestens eine periodisch erscheinende **Fachzeitschrift** mit **Umlaufdokumentation** wird für die Einrichtung beschafft.

	Fort- / Weiterbildungsbedarfe	Fortbildungsbudget	FB-Pläne für alle Bereiche	Pflichtfortbildungen	Fortbildungspunkte (Registrierung beruflich Pflegenden, Landesärztekammer)	Schwerpunktthemen	Teilnahme wird überprüft	Evaluation des Erfolges	Fachbücher / Fachzeitschriften / Umlauf
SZKÖ	ja	VP	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	VP	ja	nein	nein	ja	ja	ja
SZWE	ja	VP	VP	ja	nein	nein	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	VP	ja	nein	nein	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	VP	ja	ja	nein	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	nein	ja
RKTR	ja	VP	ja	ja	nein	VP	ja	ja	ja
PDBE	ja	ja	ja	ja	nein	VP	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	nein	VP	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	VP	ja	nein	nein	VP	ja	ja

### 4.3.2 Qualitätsmanagement

#### Struktur des Qualitätsmanagements

- Eine **Verfahrensweisung** (VA) liegt vor und bezieht sich auf das Diakonie-Siegel Pflege (Kapitel F 3) und KTQ (Kategorie 6).
- Ein **Qualitätsmanagementbeauftragter** (QMB) ist benannt und für die Aufgaben freigestellt.
- Eine **Stellenbeschreibung** für die QMB liegt vor.
- Ein **Qualitätsmanagementhandbuch** (QMH) wurde erstellt und entspricht den Anforderungen des Qualitätsmanagementsystems.
- **Interne Kommunikation:** In die Struktur sind regelmäßige Leitungssitzungen und Qualitätszirkel sowie anlassbezogene Projektgruppen integriert, die der Rückmeldung von Anforderungen und Ergebnissen dienen (Ziel- / Ergebnis- / Anforderungskommunikation ‚von oben nach unten / von unten nach oben‘) sowie die Verwendung der Daten für die Managementbewertung festgelegt.
- Im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems werden Abläufe auf Ihre Wirksamkeit hin systematisch überprüft: **Pläne** für die **Audits, Visiten, Qualitätszirkel** etc. liegen vor – Ergebnisse münden in **Maßnahmenpläne**.

	VA	QMB	Stellenbeschreibung QMB	QMH	Interne Kommunikation	Planung der Audits, Visiten, Qualitätszirkel etc. sowie Maßnahmenpläne vorhanden?
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	VP	ja	ja	VP	ja	ja

KHBE	ja	ja	ja	ja	VP	ja
RKWE	VP	ja	nein	VP	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja

PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja

### Maßnahmen der internen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (Umsetzung des ‚Plan-Do-Check-Act‘ – des PDCA-Zyklusses)

- **Verfahrensanweisungen (VA)** zu Teilbereichen des Qualitätsmanagements wurden erstellt (Lenkung von Dokumenten, Fehlermanagement, Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen, Beschwerdemanagement, Interne Audits, Bewohner-/Patientenbefragung, Vorschlagswesen, Umgang mit Bewohner-/ Patienteneigentum, Arbeitsschutz, Brandschutz, Wartungs- und Kontrollsystem, Hygienemanagement, Gebäude- und Geländesicherheit).
- Für die Teilbereiche sind jeweils **Mitarbeiter** qualifiziert und **verantwortlich** beauftragt / bestellt, die mit der QMB zusammenarbeiten.
- **Qualitätssicherungsmaßnahmen** werden in allen Teilsystemen regelmäßig durchgeführt (z.B. Begehungen zum Arbeits- / Brandschutz und Hygienemanagement, Pflegevisiten) - **Maßnahmenpläne** liegen in allen Bereichen vor – die Umsetzung wird überprüft und abgezeichnet.
- Der QMB ist die **Instanz**, bei der alle **Ergebnisse** gesammelt werden. Diese werden von ihm in Zusammenarbeit mit den Beauftragten aufbereitet und von ihm oder den Beauftragten regelmäßig in der Einrichtung präsentiert.
- Die Ergebnisse fließen jährlich in die **Managementbewertung** ein, sodass für das darauffolgende Jahr ggf. neue Ziele und geeignete Projekte festgelegt bzw. Maßnahme ergriffen werden können.
- **Ergebnisse, Ziele, Projekte** und geplante Maßnahmen werden in einem geeigneten Rahmen (z.B. Betriebsversammlungen) allen Mitarbeitern präsentiert und in den Leitungs- und Teambesprechungen aller Bereiche **kommuniziert**.

	VA zu allen Teilbereichen	Beauftragte sind benannt / bestellt	QS-Maßnahmen / Maßnahmenpläne in allen Teilbereichen	QMB als zentrale Instanz der QS	Managementbewertung	Kommunikation der Ergebnisse und Pläne
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	VP
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	VP	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	VP	VP	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDBE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja

### 4.3.3 Sicherheit

#### Arbeitsschutz / Brandschutz / Wartungs- und Kontrollsystem / Gebäude- und Geländesicherheit

In den folgenden Tabellen werden die Kriterien der Anforderungen aus dem Diakonie-Siegel Pflege F 4.2 bis F 4.4 sowie F 4.6 zusammenfassend (entsprechend KTQ Subkategorie 3.1) dargestellt:

- **Verfahrensweisung** (VA) zur jeweiligen Anforderung vorhanden und geeignet.
- **Ausschüsse** tagen regelmäßig, werten geeignete Unterlagen aus (z.B. Verbandsbücher, Arbeitsunfähigkeitsursachen) – Protokolle liegen vor.
- **Bestandsverzeichnis** der Medizinprodukte liegt vor.
- Regelmäßige Begehungen / **Überprüfungen** finden statt.
- Aushang **Flucht- / Rettungspläne**.
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt.
- **Pflichtschulungen** finden **regelmäßig** statt.
- **Teilnahme** (TN) an Pflichtschulungen wird **überprüft**.

	VA	Ausschüsse	Bestandsverzeichnis	Überprüfungen	Flucht- / Rettungspläne	Maßnahmenpläne	Pflichtschulungen	Teilnahme wird überprüft
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP

KHBE	ja							
RKWE	ja							
RKTR	ja							

PDBE	ja							
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	ja	VP	ja	ja	ja

### 4.3.4 Leitbilder, Konzepte und Versorgung

#### Leitbilder

Das Diakonie-Siegel Pflege nimmt in F 1.1 Diakonisches Einrichtungsleitbild und weiteren Anforderungen, KTQ in 5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes auf dieses Thema Bezug.

- In allen Unternehmensbeteiligungen existieren **Leitbilder** zu allen Themen (u.a. Unternehmensleitbild, Seelsorgeleitbild, Pflegeleitbild, Hauswirtschaftsleitbild).
- Während der **Teamsitzungen, Fortbildungen** und zur **Einführung** neuer Mitarbeiter werden die Leitbilder thematisiert.
- In allen Einrichtungen - auf **Wohnbereichen** und **Stationen** - **hängen die Leitbilder aus.**

	Leitbilder	Thematisierung der Leitbilder / Einführung neuer MA	Aushang in allen Bereichen
<b>SZKÖ</b>	ja	ja	ja
<b>SZFR</b>	ja	ja	ja
<b>SZOE</b>	ja	ja	ja
<b>SZWI</b>	ja	ja	ja
<b>SZWE</b>	ja	ja	ja
<b>SZTR</b>	ja	ja	ja
<b>SZMÜ</b>	ja	ja	ja

<b>KHBE</b>	ja	ja	ja
<b>RKWE</b>	ja	ja	ja
<b>RKTR</b>	ja	ja	ja

<b>PDBE</b>	ja	ja	ja
<b>PDOE</b>	ja	ja	ja
<b>PDWE</b>	ja	ja	ja

## Konzepte

Konzepte bilden die festgeschriebene Struktur und werden in vielen Anforderungen des Diakonie-Siegels Pflege sowie Subkategorien von KTQ thematisiert.

- **Pflegekonzept** (z.B. Pflegemodell, -system, -prozess, innerbetriebliche Kommunikation, räumliche und personelle Ausstattung).
- **Hauswirtschaftskonzept** (z.B. die Ausstattung der Wohnbereiche, Konzepte die Bereiche der Verpflegung, Reinigung und Wäscheversorgung betreffend, z.B. Aussagen zur Leistungsgestaltung Verpflegung, Aussagen zur Leistungsgestaltung Reinigung, Aussagen zur Leistungsgestaltung Wäscheservice, Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten, Aussagen zur personellen Ausstattung, Essenszeiten, Diätberatung, zusätzlicher Speiseversorgung)
- **Sozialdienst / Soziale Betreuung** (z.B. Organisation der Beratung, Soziale Betreuung und Angehörigenarbeit, Einbindung der Beteiligten in die Kommunikation, Dokumentation im Bewohner- / Patientendokumentationssystem, Ausstattung).
- Mitarbeitern sind die **Konzepte bekannt**.

	Pflegekonzept	Hauswirtschaftskonzept	Konzept der Sozialen Betreuung	Mitarbeitern sind die Konzepte bekannt
SZKÖ	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	VP	ja

KHBE	ja	VP	t.n.z.	VP
RKWE	ja	k.B.	ja	ja
RKTR	ja	VP	ja	VP

PDBE	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	k.B.	ja	VP

### 4.3.5 Erstkontakt, Erstgespräch, Aufnahme

- **1. Verantwortlichkeiten** sind in allen Berufsgruppen geregelt.
- **2. Checkliste** für den Erstkontakt für Mitarbeiter am Abend, an Wochenenden und Feiertagen ist vorhanden.
- **3. Durch Vorabinformationen** (Erstgespräch, Fax durch Einweiser / Sozialdienste einweisender Institutionen) werden die für alle Berufsgruppen relevanten Informationen systematisch gesammelt und dokumentiert. Die Weiterlei-

tung der Informationen an die Berufsgruppen wird vor der Aufnahme sichergestellt.

- **4. Checkliste Aufnahme:** Am Tag der Aufnahme sind alle notwendigen Vorbereitungen für eine reibungslose Aufnahme abgeschlossen. Der Wohnbereich / die Station ist informiert.
- **5. Die Aufnahme** erfolgt reibungslos – alle notwendigen Informationen (z.B. Risikoermittlung) werden erhoben und weitergeleitet (Pflegedienst, Soziale Betreuung, Arztdienst, Therapie und Technischer Dienst).

	Pflegedienst					Soz. Betreuung / Soz. Dienst				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	nein	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja	ja
SZTR	ja	k.B.	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja	ja
SZMÜ	VP	nein	ja	ja	ja	VP	nein	ja	ja	ja

KHBE	k.B.	t.n.z.	k.B.	ja	ja	k.B.	t.n.z.	k.B.	ja	ja
RKWE	ja	t.n.z.	ja	VP	ja	ja	t.n.z.	ja	VP	ja
RKTR	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	ja	t.n.z.	ja	ja	ja

PDBE	ja									
PDOE	ja									
PDWE	VP	VP	ja	ja	ja	VP	VP	ja	ja	ja

	Arztdienst					Therapeutischer Dienst					Technischer Dienst				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SZKÖ	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	ja	t.n.z.
SZFR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	ja	t.n.z.
SZOE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	ja	t.n.z.
SZWI	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	ja	t.n.z.
SZWE	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	ja	t.n.z.
SZTR	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	ja	t.n.z.
SZMÜ	t.n.z.	t.n.z.	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	ja	t.n.z.

KHBE	k.B.	t.n.z.	k.B.	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	ja	t.n.z.
RKWE	ja	t.n.z.	ja	VP	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja	VP	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja	VP	t.n.z.
RKTR	ja	t.n.z.	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	k.B.	ja	t.n.z.

### Versorgung und Integration der Patienten / Bewohner

Bewertet wird, ob die Zusammenarbeit der Berufsgruppen Pflegedienst, Hauswirtschaft, Soziale Betreuung / Sozialdienst, Arztdienst, Therapeutischer Dienst, Technischer Dienst bezüglich folgender Kriterien geregelt ist:

- **1. Behandlungs- / Versorgungsprozesse - Verantwortlichkeit** für Planung, Durchführung und Bewertung - beispielsweise durch Nationalen Expertenstandards / Verfahrensanweisungen / Leitlinien.
- **2. Integration in den Behandlungsprozess: Aus der Risikoeinschätzung abgeleitete Planungen und Maßnahmen.** Hierunter fallen alle beispielsweise in der Anamnese erfragten Aspekte, wie BMI, PEG, Dauerkatheter, Inkontinenz, Dekubitus- und Sturzrisiko, Schmerzsymptomatik, Infektionsrisiken (MRSA), Beeinträchtigung der Alltagskompetenzen, gerontopsychiatrische Beeinträchtigungen, Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM).
- **Nur Soziale Betreuung / Sozialdienst:** Erstellung von **Angeboten** / Einbezug der Bewohner in die Erstellung der Angebote (z.B. über den Heimbeirat) / Aushang und Bekanntmachung der Angebote.
- **3.** Die Maßnahmen, wie beispielsweise die der Behandlungspflege sind in geeigneter Form, wie Verordnungen des Arztes, **aktuell** und schriftlich **dokumentiert**.
- **Nur Soziale Betreuung / Sozialdienst:** Wird die **Integration** der zielgerichteten Beratung und sozialen Betreuung **in den Pflegeprozess** sichergestellt? Gehen Einzelbetreuung und Beratungen auf die in der Pflegeanamnese / Biografie / Pflegeplanung dokumentierten Unterstützungsbedarfe ein? Werden Maßnahmen und Ergebnisse in der Pflegedokumentation erwähnt?

	Pflegedienst			Hauswirtschaft			Soz.Betreuung / Soz.Dienst		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	VP	ja

KHBE	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja	ja	t.n.z.	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	k.B.	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein

PDBE	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDOE	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDWE	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

	Arztdienst			Therapeutischer Dienst			Technischer Dienst
	1	2	3	1	2	3	1
KHBE	ja	ja	ja	ja	k.B.	k.B.	k.B.
RKWE	ja	k.B.	ja	ja	k.B.	ja	k.B.
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja	ja	k.B.

## Überprüfung / Präsentation / Zielerreichung

Insgesamt wird das Versorgungsergebnis überprüft:

- **Bewohner- und Patientenbefragungen** finden einmal jährlich bethelweit statt.
- **Bewohner- und Patientenbefragungen** finden darüber hinaus einrichtungsspezifisch statt / ein **Beschwerdemanagement** ist etabliert.
- Regelmäßige **Evaluationen** der Ergebnisse des **Aufnahme- und Versorgungsprozesses** (z.B. durch interdisziplinäre Visiten / Integrations- und Pflegevisiten sowie andere Auditformen) finden statt.
- Die **Ergebnisse** werden regelmäßig und zeitnah **präsentiert**.
- **Maßnahmenpläne** werden erstellt und die **Zielerreichung** von den Verantwortlichen überprüft / sichergestellt.

	Bewohner- / Patientenbefragung bethelweit	Bewohner- / Patientenbefragung unterjährig	Evaluation Aufnahme- Versorgungsprozess	Ergebnispräsentation	Maßnahmenpläne / Zielerreichung
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	VP	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja
KHBE	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	nein
RKTR	ja	ja	ja	ja	ja
PDBE	ja	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	ja	nein	ja

## Fachliche Schwerpunkte

Neben den nicht zwingend vorgeschriebenen Zusatzleistungen (→ SGB XI § 88) können sich Einrichtungen auf bestimmte Schwerpunkte (z.B. ‚Schmerzfrees Krankenhaus‘) oder niederschwellige Angebote spezialisieren (z.B. ‚Demenzkafee‘).

	Schwerpunkt vorhanden	Wenn ja, welcher (e)?
<b>SZKÖ</b>	nein	Keiner.
<b>SZFR</b>	nein	Keine.
<b>SZOE</b>	nein	Keine.
<b>SZWI</b>	ja	Niederschwelliges Angebot: Demenzkafee / Beschützer Bereich für demenziell veränderte Bewohner
<b>SZWE</b>	ja	Keine Zusatzleistung nach SGB XI: Beschützer Bereich für Bewohner mit gerontopsychiatrischem Hintergrund
<b>SZTR</b>	nein	Keine.
<b>SZMÜ</b>	ja	Beschützer Wohnbereich demenziell veränderte Bewohner
<b>KHBE</b>	ja	Perioperative Schmerztherapie, Endoskopie, Endoprothetik
<b>RKWE</b>	ja	Geriatrische Rehabilitation, ambulante Angebote der Physio- und Ergotherapie
<b>RKTR</b>	nein	Keinen.
<b>PDBE</b>	ja	Niederschwelliges Angebot: Projekt Haltestelle
<b>PDOE</b>	nein	Keinen.
<b>PDWE</b>	ja	Niederschwellige Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI: Demenzgruppen

### 4.3.6 Standards und Leitlinien

In den Berufsgruppen Pflegedienst, Hauswirtschaft, Soziale Betreuung / Sozialdienst, Arztdienst, Therapeutischer Dienst, Technischer Dienst kommen Leitlinien / Behandlungspfade / einrichtungsindividuelle Standards und Nationale Expertenstandards / Technischen Regelungen / Hygienerichtlinien zum Einsatz.

	Pflegedienst	Hauswirtschaft	Soz.Betreuung / Sozialdienst	Arztdienst	Therapeutischer Dienst	Technischer Dienst
<b>SZKÖ</b>	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	k.B.
<b>SZFR</b>	ja	ja	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	ja
<b>SZOE</b>	ja	k.B.	k.B.	t.n.z.	k.B.	k.B.
<b>SZWI</b>	ja	ja	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	nein
<b>SZWE</b>	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	ja
<b>SZTR</b>	ja	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	k.B.
<b>SZMÜ</b>	ja	k.B.	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	k.B.
<b>KHBE</b>	VP	ja	k.B.	ja	k.B.	k.B.
<b>RKWE</b>	VP	nein	nein	k.B.	k.B.	k.B.
<b>RKTR</b>	ja	ja	k.B.	ja	k.B.	k.B.
<b>PDBE</b>	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>PDOE</b>	ja	k.B.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>PDWE</b>	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

## Pflegerischer Bereich

Folgende Kriterien werden überprüft:

- **Vollständigkeit** der Nationalen Expertenstandards (**NES**).
- Einrichtung individuell erstellte **Pflegestandards** zur Behandlungspflege.
- Evaluation der Pflegestandards durch regelmäßige **Pflegevisiten**.
- **Integrationsvisiten** werden bei allen neuen Bewohnern gemäß Verfahrensanweisung des Diakoniewerks Bethel durchgeführt.
- **Audits** nach Empfehlung des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).
- **Fokussierte Visiten** werden durchgeführt.

	Vollständigkeit NES	Pflegestandards	Pflegevisiten	Integrationsvisiten	Audit nach NES	Fokussierte Visiten
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	VP	ja	ja	VP	ja	ja
SZTR	VP	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	VP	ja	ja	t.n.z.	ja	nein
RKWE	VP	VP	VP	t.n.z.	nein	nein
RKTR	VP	ja	ja	t.n.z.	ja	ja

PDBE	ja	ja	VP	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PDWE	ja	ja	VP	ja	ja	ja

## Ernährung

Zur Speiseversorgung werden folgende Kriterien bewertet, die für den Pflegedienst nur herangezogen werden, wenn ein fahrbarer Mittagstisch angeboten oder vermittelt wird:

- Die Einhaltung der **Richtlinien und Standards** (HACCP, LmG, Verordnungen zur Lebensmittelhygiene) werden durch Begehungen regelmäßig überprüft / Lieferantenbewertungen liegen vor (bei Auslagerung der Leistung).

- **Essenszeiten** (Ausreichender Zeitraum zur Nahrungsaufnahme, Mittagessen nicht vor 12 h / Abendessen nicht vor 18 h, Zwischen- und Spätmahlzeiten für alle Patienten und Bewohner, Nahrungskarenz in der Nacht nicht länger als 10 h bis maximal 12 h, besondere Bedeutung für dementiell Erkrankte und Diabetiker).
- **Getränkeversorgung** (nachvollziehbare Information der Bewohner über die Getränkeauswahl und Bereitstellung, Kalt- und Warmgetränke sind jederzeit verfügbar, regelmäßige Getränkeunden, Getränkestationen).

	Richtlinien und Standards	Essenszeiten	Getränkeversorgung
SZKÖ	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja
SZTR	k.B.	k.B.	ja
SZMÜ	ja	ja	ja

KHBE	ja	ja	ja
RKWE	k.B.	k.B.	VP
RKTR	ja	ja	ja

### Medikamentenversorgung

Abgesehen von der Verfahrensanweisung, die im Vorfeld der Revision auf ihre Eignung begutachtet wird, überprüfen die Auditoren während der Revision folgende Kriterien:

- Eine **Verfahrensanweisung** liegt vor und ist geeignet
- Werden Medikamente in allen Stationen/Wohnbereichen in **abgeschlossenen Schränken aufbewahrt** / bei Bedarf im **Medikamentenkühlschrank** gelagert?
- Eine **namentliche Kennzeichnung** aller Medikamente und bewohnerbezogenen Verbandstoffe ist, wenn erforderlich, erfolgt.
- **Entsprechen die gestellten Medikamente** denen, die der Arzt **angeordnet** hat?

- Die BTM werden ausschließlich im **BTM-Buch** geführt und ausgetragen. Die **Dokumentation** stimmt mit dem Bestand und den Verordnungen von BTM überein.

	VA	Med.-Schränke abschließbar / Lagerung Medikamenten- kühlschränke	Namentliche Kennzeichnung	Entsprechung von gestellten und verordneten Med.	Dokumentation im BTM-Buch
SZKÖ	ja	ja	ja	ja	ja
SZFR	ja	ja	ja	ja	ja
SZOE	ja	ja	ja	ja	ja
SZWI	ja	ja	ja	ja	ja
SZWE	ja	ja	ja	ja	ja
SZTR	ja	ja	ja	ja	ja
SZMÜ	ja	ja	ja	ja	ja

KHBE	ja	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	VP	ja	ja

PDBE	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDOE	ja	ja	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
PDWE	ja	ja	ja	ja	VP

## Geregeltes Notfallmanagement

Während der Revision werden, die Verfahrensweisung ausgenommen, folgende Kriterien überprüft:

- Eine **Verfahrensweisung** (VA) liegt vor (Unterscheidung zwischen medizinischen, pflegerischen und sonstigen Notfällen).
- Die **Notfallausrüstung** ist vorhanden (systematisch überprüft und gepflegt).
- **Fortbildungen** werden regelmäßig angeboten.
- Notfälle werden systematisch auch im Hinblick auf das Fehlermanagement **ausgewertet** (im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses) und die Ergebnisse fließen in die **Managementbewertung** ein.

	VA	Notfallausrüstung	Pflichtfortbildungen	Auswertung der Notfälle
SZKÖ	ja	ja	ja	VP
SZFR	ja	ja	ja	VP
SZOE	ja	ja	ja	k.B.
SZWI	VP	ja	ja	nein
SZWE	ja	ja	ja	k.B.
SZTR	ja	ja	ja	VP
SZMÜ	ja	ja	ja	VP

KHBE	ja	ja	ja	ja
RKWE	ja	ja	ja	ja
RKTR	ja	ja	ja	ja

PDBE	ja	ja	ja	ja
PDOE	ja	ja	ja	k.B.
PDWE	ja	ja	ja	nein

### 4.4 Ergebnisqualität: (Pflege)-Zustand von Patienten und Bewohnern

Die begutachteten Patienten und Bewohner wurden insbesondere auf ihren pflegerischen Zustand hin überprüft. Die Kriterien der Begutachtung waren u.a.:

#### Direkte Pflege – Gesamtbewertung des Patienten / Bewohners durch die Auditoren (ambulant: Bewertung nur, wenn Leistung erbracht wird):

- Sauberkeit und Pflegezustand der Haare, Nägel, Zehenzwischenräume, Zähne usw.
- Lagerung des Patienten/Bewohners (Pat. / BW)
- Verwendung von und sachgerechter Umgang mit Hilfsmitteln

#### Zufriedenheit des Pat. / BW (ambulant: Zufriedenheit mit der Versorgung)

- mit der Einrichtung, der Freundlichkeit des Personals
- mit den Beschäftigungsangeboten

- den kirchlichen Angeboten
- der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung

Die Bewertung erfolgt im Schulnotensystem:

	Direkte Pflege / Gesamtbewertung Auditoren	Zufriedenheit
<b>SZKÖ</b>	1	1-
<b>SZFR</b>	1-	1-
<b>SZOE</b>	1	1-
<b>SZWI</b>	1	1-
<b>SZWE</b>	1	1
<b>SZTR</b>	1-	1-
<b>SZMÜ</b>	1-	1-

<b>KHBE</b>	1-	1-
<b>RKWE</b>	1-	1-
<b>RKTR</b>	1	1-

<b>PDBE</b>	2+	2+
<b>PDOE</b>	1	1-
<b>PDWE</b>	1	1

## **4.5 Ergebnisqualität: Überprüfung der medizinischen Dokumentation**

### **4.5.1 Vollständigkeit**

Die Dokumentation sollte folgende Bestandteile bzw. Formblätter mindestens (oder fakultativ) als Papierformular bzw. in der EDV enthalten und in der täglichen Arbeit Verwendung finden:

1. Stammblatt
2. Pflegeanamnese / Biografieblatt
3. Pflegeplanung
4. Pflegebericht
5. Leistungsnachweis / -dokumentation
6. Betreuungsplanung bzw. -nachweis
7. Dekubitusrisikoskala / -einschätzung
8. Lagerungsprotokoll
9. Wundprotokoll / -dokumentation
10. Ernährungs- / Trinkprotokoll
11. Sturzrisiko

- 12. (Förderung der Harnkontinenz)
- 13. Vitalzeichenkontrollblatt
- 14. Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll
- 15. (Schmerzdokumentation)
- 16. Medikamentenplan
- 17. (Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen)
- 18. Seelsorge
- 19. Überleitungsbogen

Krankenhäuser zusätzlich:

- 20. Ärztliches Verlaufsblatt
- 21. Therapeutisches Verlaufsblatt
- 22. Befunddokumentation

	Direkte Pflege / Gesamtbewertung Auditoren
<b>SZKÖ</b>	1-
<b>SZFR</b>	1
<b>SZOE</b>	1
<b>SZWI</b>	2+
<b>SZWE</b>	2-
<b>SZTR</b>	2+
<b>SZMÜ</b>	1

<b>KHBE</b>	1
<b>RKWE</b>	2
<b>RKTR</b>	2+

<b>PDBE</b>	2+
<b>PDOE</b>	2+
<b>PDWE</b>	2+

#### 4.5.2 Formale und inhaltliche Führung der medizinischen Dokumentation

Die Überprüfung der Pflegedokumentation konzentriert sich auf die **Darstellung des Pflegeprozesses** in der Pflegeplanung und im –bericht sowie alle ergänzenden Bestandteile. Vor allem die Entwicklung eines Bewohners / Patienten von der Aufnahme bis zum Prüfungszeitpunkt muss sich anhand der Pflegeplanung und seiner Aus- und Neubewertungen nachvollziehen lassen. Alle Ereignisse, Befindlichkeiten und Besonderheiten inklusive zugehöriger Maßnahmen und Überprüfungsintervalle wurden von den zuständigen Pflegefachkräften vorgetragen und mussten aus der Dokumen-

tation hervorgehen (siehe Revisionsberichte, Kapitel 4.3). Die Bewertung dieses Kriteriums erfolgte mittels Schulnoten.

Das Kriterium **Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit** bezieht sich auf den dargestellten Pflegeprozess. Denn mag die Darstellung durch die Pflegefachkräfte oder die Beschreibung in der Dokumentation auch gut sein, können dennoch Informationslücken entstehen, weil ältere Teile der Dokumentation ausgelagert und archiviert wurden und für die Nachvollziehbarkeit des Gesamthergangs nicht mehr zur Verfügung stehen oder weil Prozesse über mehrere Berufsgruppen ‚verteilt‘ wurden.

	Darstellung Pflegeprozess / Versorgungsprozess	Vollständigkeit / Nachvollziehbarkeit
<b>SZKÖ</b>	1-	1
<b>SZFR</b>	1-	1
<b>SZOE</b>	1	1
<b>SZWI</b>	1-	1-
<b>SZWE</b>	2+	1-
<b>SZTR</b>	2+	1-
<b>SZMÜ</b>	1	1-

<b>KHBE</b>	1	1
<b>RKWE</b>	2+	4+
<b>RKTR</b>	1-	1-

<b>PDBE</b>	2+	1-
<b>PDOE</b>	1-	1-
<b>PDWE</b>	2+	2

#### 4.6 Rezertifizierung 2013 / 2014

Seit 2010 sind alle Einrichtungen des DwB nach Diakonie-Siegel Pflege (**DSP**) bzw. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (**KTQ**) zertifiziert.

Für alle Seniorenzentren und Pflegedienste (im Folgenden **SZ** und **PD**) begann 2013 der dritte Rezertifizierungszyklus nach dem bewährten Verfahren der ‚Matrixzertifizierung‘. Dieses Jahr bestätigten die Seniorenzentren SZOE und SZTR sowie die Pflegedienste PDBE und PDOE ihre Zertifizierung nach DSP.

Alle Ergebnisse zur Rezertifizierung nach DSP sind im Bericht zur „**1. Begutachtung zur Systemförderung**“ nachzulesen. Der Bericht wurde im Internet veröffentlicht<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> <http://www.bethelnet.de/ueber-uns/qualitaetsentwicklung/qualitaetsberichte/>

Wie im Vorjahr wurden zusammen mit den Anforderungen des DSP auch die der DIN-EN-ISO 9001:2008 erfüllt und das Zertifikat nach DIN-EN-ISO 9001:2008 verliehen.

Die nächsten Termine der Rezertifizierung nach DSP für 2015 werden mit allen Beteiligten vereinbart und betreffen die Scheve Management, die Seniorenzentren SZKÖ und SZFR. Das KHBE und die RKTR stellen sich erneut ihrer Visitation nach dem Manual „Kooperation für Transparenz und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen“, KTQ.

#### **4.7 Ergebnisse der Zertifizierungsaudits nach DSP**

„Das Managementsystem der Einrichtung Diakoniewerk Bethel gGmbH entspricht den Anforderungen des Bundesrahmenhandbuches Diakonie-Siegel Pflege der Version 2.0 und der DIN EN ISO 9001:2008“, so die Auditoren von proCum Cert (**pCC**) 2014. Deshalb wird der Rezertifizierungsstelle empfohlen, die Zertifikate aufrechtzuerhalten (**vgl. Bericht zur 1. Begutachtung zur Systemförderung, 2014: 3**).

In diesem Jahr wurden keine einrichtungsübergreifenden Verbesserungspotentiale von den Auditoren benannt.

Wie üblich, müssen alle im Bericht benannten Stärken und Verbesserungspotenziale der geprüften Einrichtungen bethelweit von allen nichtbegangenen analysiert und ggf. bearbeitet werden.

#### **4.8 Zentrale Projekte zur Konzernentwicklung 2014 / 2015**

Aufgrund der Ergebnisse der diesjährigen Internen Revision in Medizin und Pflege sowie der Rezertifizierung (s.o.) wurden keine Zentralen Projekte zur Konzernentwicklung notwendig. Ungeachtet dessen wurden neue Schwerpunktthemen für 2015 festgelegt, wie im Folgenden ausgeführt.

#### **4.9 Schwerpunktthemen 2014 – Ergebnisse**

Da die Einführung des **Moduls Pflege** zunächst in seiner Basisversion beschlossen wurde, mussten die Einrichtungen Einführung der nächsten Generation des elektronischen Dokumentationssystems **MCC** nicht durch besondere Fortbildungen beispielsweise zu Pflegediagnosen, zur Krankenbeobachtung, der Pflegeplanung oder dem Pflegebericht flankieren (**vgl. Qualitätsbericht 2013: 42f**). Erst nach Abschluss

der Migration und des Gesamtprojektes „**MCC**“ werden weitere Maßnahmen zur Unterstützung einer effizienten Dokumentation festgelegt.

Das zentrale Konzept zum **Fort- und Weiterbildungsmanagement** wurde 2014 erstmals überprüft. Die Anforderungen stellen die Einrichtungen vor Herausforderungen, die nicht in jedem Aspekt gemeistert wurden: Beispielsweise weisen die Fortbildungen noch immer keine gesonderten **Fortbildungspunkte** für Teilnehmer an der **Registrierung im Pflegeberuf** oder für **Fachärzte**, die Ihre Fachlichkeit durch Erwerb von Fortbildungspunkten bei ihrer Kammer nachweisen müssen, aus.

Zusammen mit dem **Schwerpunkt „Diakonisches Profil“** (s.u.) wird 2015 deshalb auch weiterhin das Fort- und Weiterbildungsmanagement im Fokus bleiben.

Die **Palliativkonzepte** aller Einrichtungen wurden bethelweit angepasst, so dass beispielsweise, Seelsorgehelfer, Pflegefachkräfte mit ‚Palliativ-Care-Qualifikation‘ oder bestimmte Fortbildungen zum Umgang mit Sterbenden gemeinsam mit Hospizen angeboten wurden. Wie oben bereits erwähnt, wird auf das Thema im Rahmen des Schwerpunktes „Diakonisches Profil“ 2015 weiter reflektiert werden.

Die Festlegung von **prospektiven Dokumentations- und Überprüfungsintervallen** gehört zu den Maßnahmen, die **Effektivität** der Pflegedokumentation zu steigern. Die Intervalle nach der Dringlichkeit einzelner festgestellter (Pflege-)Phänomene festzulegen, war mit „MCC-Classic“ schwierig. Nach Umstellung auf das neue elektronische Dokumentationssystem „MCC.Net“ ist diese Möglichkeit gegeben, ohne jeweils die gesamte Planung neu anlegen zu müssen. In einigen Einrichtungen wird auf diese Methode zurückgegriffen, die prospektive Festlegung von Überprüfungsintervallen ist jedoch noch nicht in allen Einrichtungen alltägliche Praxis.

Die **Managementbewertungen** sollten durchgehend präziser formuliert und Ziele nachmessbar festgelegt werden. Dies ist 2014 in fast allen Einrichtungen gelungen, nur vereinzelt bereiteten Ergebnisse noch Schwierigkeiten. Andere Aspekte der Managementbewertung (siehe Qualitätsbericht 2013: 14) wurden ebenso erfolgreich bearbeitet, obwohl bestimmte Themen – wie beispielsweise der Umgang mit dem Sturzindex – immer wieder in den Fokus geraten werden: Die Gültigkeit der gesammelten Daten (z.B. bei sehr niedrigem Sturzindex) muss regelmäßig überprüft und Maßnahmen festgelegt werden (z.B. bei sehr hohem Sturzindex).

Alle Einrichtungen haben ihre Verfahren zum **Datenschutz** überprüft und angepasst. Eine Einrichtung hat im Anschluss ihr System von einem externen Prüfer auditieren lassen.

Ein Zentrales Verfahren zum **Umgang mit Betäubungsmitteln** (BTM) ist noch offen, dessen Erstellung aber für 2015 vorgesehen.

#### **4.10 *Schwerpunktt Themen 2015***

Im kommenden Jahr werden die Themen rund um das **Diakonische Profil** einen **Schwerpunkt** der Internen Revisionen darstellen. Eine der Grundlagen bildet die Richtlinie „Arbeiten in christlicher Verantwortung“, aus der die Anforderungen für Angebote und Maßnahmen in den Einrichtungen abgeleitet werden können und beispielsweise die Bereiche **Fort- und Weiterbildung, Teamentwicklung, Einführung neuer Mitarbeiter, Ehrenamtliche, Stellen- und Aufgabenbeschreibungen, Seelsorge** betreffen.

Einen weiteren **Schwerpunkt** stellt der öffentliche Diskurs um die „**Effizienzsteigerung der Dokumentation**“ dar, den alle Einrichtungen verfolgen und Erfahrungen zurückmelden werden. Ungeachtet der vom Gesetzgeber und seinen Organen bestimmten Rahmenbedingungen können insbesondere interne Maßnahmen die Effizienz der Dokumentation steigern, beispielsweise durch Reduktion des Formularwesens, Eliminierung der Doppel- und Paralleldokumentation oder die Festlegung von Fachbegriffen und die Einführung einer Taxonomie in der Berufsgruppe der Pflegenden.

Ein dritter **Schwerpunkt** behandelt den **Umgang mit den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung**. Häufig wird im Zusammenhang mit der jährlichen anonymen Mitarbeiterbefragung die niedrige Beteiligung kritisiert. Eine der vermuteten Ursachen besteht darin, dass Mitarbeiter nicht oder zu wenig erkennen können, wie mit ihren Rückmeldungen umgegangen wird. Die Schwerpunktbetrachtung soll dazu beitragen, dass die Leitungen verstärkt auf die Rückmeldungen reflektieren und geeignete Maßnahmen ergreifen.

Neben diesen Schwerpunkten gibt es weitere Aspekte, die 2015 bethelweit thematisiert werden:

- Durch die Einführung des „**Fehlers des Monats**“ sollen sowohl die regelmäßigen Bewertungen der Fehler (vgl. Kapitel 5.4.1) zur Routine werden, die Fehlerkultur im Sinne eines offenen und angstfreien Umganges mit Fehlern gefördert und die Anzahl der systematischen Fehler mittelfristig reduziert werden. In der Fachöffentlichkeit wird längst ein offener Umgang mit Fehlern propagiert, wie den folgenden Portalen zu entnehmen ist:  
<http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Quick-Alerts.html>;  
<http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/>.
- In der Vergangenheit war den Rückmeldungen der Auszubildenden und der Praxisbegleiter zu entnehmen, dass die **Nationalen Expertenstandards in der Pflege erst gegen Abschluss** der Ausbildung der Pflegefachkräfte thematisiert werden und nicht zentral behandelt würden. Deshalb ist der „Nachschulungsaufwand“ der Absolventen durch die Einrichtungen hoch. In den regelmäßigen Treffen der ausbildenden Einrichtungen mit den Ausbildungsstätten sollen die Einrichtungen 2015 darauf dringen, dass den **Nationalen Expertenstandards der Pflege** während der Ausbildung mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird. Dazu zählt die Schulung **klinischer Beobachtungen und deren Dokumentation** bzw. Transformation in eine sinnvolle und effektiv geführte Pflegeplanung.
- Einige Einrichtungen bieten inzwischen aus organisatorischen Gründen **Fortbildungstage** an, um bestimmte Pflichtkurse (z.B. zur Hygiene, zum Arbeits- und Brandschutz) zusammenfassen und Freistellungen von Mitarbeitern bündeln zu können. Die Attraktivität der Fortbildungstage könnte noch durch Entspannungstrainings zwischen den einzelnen Seminaren erhöht werden, so die Empfehlung der externen Auditoren. Es bleibt abzuwarten, ob die Einrichtungen diese Empfehlung annehmen und welche Erfahrungen sie hiermit sammeln werden.

Darüber hinaus wurde ein Konzept zur Projektreife entwickelt, dass im Falle von akutem Personalmangel 2015 zum Tragen kommen wird: Durch Bildung eines **konzernweiten Springerpools**, an dem sich alle Seniorenzentren mit je einem Mitarbeiter beteiligen, soll eine Einrichtung in die Lage versetzt werden, schnell und mit überschaubaren Kosten auf eine unter 50% fallende Fachkraftquote reagieren zu können.

Möglichen Schwierigkeiten mit den Aufsichtsbehörden sollen auf diese Weise vorgebeugt werden.

Die Erfahrungen mit dem Projekt werden 2015 auf der Hauptgeschäftsführerkonferenz im Oktober thematisiert.

### 4.11 Die Prüfergebnisse nach Schulnoten 2012 bis 2014 in der Synopse

Für einen übersichtlichen Vergleich der UB/AF wurden die Einzelergebnisse der einzelnen Prüfkriterien zu Kategorien zusammengefasst und mittels Schulnotensystem bewertet (+ und – geben Trends an und werden rechnerisch nicht berücksichtigt).

Pos. 2014	Pos. 2013	UB/AF	Letzter Vor-Ort-Prüftermin Interne Revision	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (FD: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)			Letzter Vor-Ort-Prüftermin MDK	Note MDK	
				12	13	14	12	13	14	12	13	14	12	13	14	12	13	14	12	13	14	12	13	14			
1	1.	SZOE	27.02. - 28.02.13	1 -	1	1	1	1	1	1 -	1	1	1 -	1	1	1	1	1	1	1 -	1 -	1 -	1,0	1,0	1,0	9.09. - 10.09.2013	1,0
1	1.	SZWI	09.02.2012	1	1	1	1	1	1	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1 -	1 -	1 -	1,1	1,0	1,0	28.10.2013	1,0	
2	2.	SZFR	26.03.-27.03.2014	1-2	1-2	1 -	1 -	1 -	1	1 -	1 -	2 +	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1 -	1 -	1	1,1	1,1	1,1 =	30.07.2013	1,4	
2	2.	RKTR	04.03. - 05.03.2014	1	1	1	1-2	1-2	1	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1	1 -	1 -	1-2	1,1	1,1	1,1 =		k.B.	
2	2.	SZTR	14.05-15.05.2013	1	1 -	1 -	1	1	1	1 -	1-2	1-2	1 -	1	1	1	1 -	1 -	1-2	1-2	1-2	1,1	1,1	1,1	25.11.2013	1,0	
2	2.	SZKÖ	07.05. - 08.05.2014	1-2	1-2	1-2	1 -	1 -	1 -	1 -	1	1 -	1 -	1	1 -	1 -	1	1 -	1 -	1	1,1	1,1	1,1 =	16.04.2013	1,0		
2	3.	SZMÜ	19.02. - 20.02.2014	1 -	1 -	1	1 -	1 -	1 -	2 +	2 +	2	1-2	1-2	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1,2	1,2	1,1 ↑	05.12.2013	1,1	
3	3.	PDOE	03.04.-04.04.2013	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1-2	1 -	1 -	1-2	1 -	1 -	1	1	1	2 +	2 +	2 +	1,4	1,2	1,2	13.02.2014	1,2	
4.	5.	PDBE	22.05. - 23.05.2012	1-2	1-2	1-2	2 +	2 +	2 +	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1-2	1-2	1-2	2 +	2 +	2 +	1,5	1,5	1,5	20.11.2012	1,1	
5.	6.	SZWE	10.01.2012	1	1	1	1	1	1	2-3	2-3	2-3	2	2	2	1	1	1	3	3	3	1,6	1,6	1,6	29.01.2013	1,1	
5.	6.	PDWE	11.02.2012	1	1	1	2	2	2	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3	1	1	1	1-2	1-2	1-2	1,6	1,6	1,6	10.12.2013	1,4	
5.	4.	KHBE	14.05.-15.05.2014	1-2	1-2	1-2	1 -	1 -	1-2	2 +	2 +	2-3	2 +	2 +	2 -	1 -	1 -	1 -	1	1	1-2	1,4	1,4	1,6 ↓		k.B.	
6.	7.	RKWE	27.-28.03.2012	2 +	2 +	2 +	1 -	1 -	1 -	3	3	3	3	3	3	1 -	1 -	1 -	2 +	2 +	2 +	1,8	1,8	1,8		k.B.	

**Legende:**

Hellgraue Felder →Noten der internen Revision, die in hellgrau hinterlegten Feldern stehen, wurden jeweils aus den Vorjahren übernommen.

Rote Spalten →Die Aktualität der Benotungen aus Interner Revision und MDK ist den Spalten "Letzter Vor-Ort-Prüftermin" zu entnehmen.

## 5 Managementbewertungen 2013 im Überblick

### 5.1 Patienten / Bewohnerorientierung

#### 5.1.1 Kennzahlen der Patienten- / Bewohnerorientierung

##### Hohe Kapazitätsauslastung

**Beschreibung Krankenhaus:** Basisgröße für die Auslastung im Krankenhaus ist der sogenannte Case Mix, der die Summe aller Relativgewichte (Schweregrade) der behandelten Krankenhausaufälle darstellt und damit die Produktionsmenge und indirekt auch den Ressourcenaufwand abbildet.

**Beschreibung Rehaklinik (RK) / Seniorenzentrum (SZ) / Seniorenhaus (SH):** Basisgröße in der RK / im SZ und den SH sind die Berechnungstage, die sich aus der Anzahl der Betten und der möglichen Auslastung ergeben.

Die Kennzahl wird nicht auf die Pflegedienste angewandt.

Der **Referenzwert** für das KHBE beträgt 100%, der für die Reha-Klinik 75% und für Seniorenzentren bzw. Seniorenhäuser 98%.

	1. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	2. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	3. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	4. Quartal: Hohe Kapazitätsauslastung - erbrachte / mögliche Berechnungstage	Gesamt
<b>SZKÖ</b>	96,5%	96,1%	94,7%	91,4%	94,6%
<b>SZFR</b>	100,4%	99,6%	99,1%	98,8%	99,5%
<b>SZOE</b>	93,5%	87,7%	93,8%	92,0%	91,8%
<b>SZWI</b>	79,0%	80,6%	81,7%	80,6%	80,5%
<b>SZWE</b>	99,3%	99,1%	98,8%	91,8%	97,3%
<b>SZTR</b>	103,2%	102,8%	106,5%	103,8%	104,1%
<b>SZMÜ</b>	96,0%	99,2%	98,6%	98,4%	98,0%
<b>KHBE</b>	113,9%	111,7%	106,8%	112,0%	111,1%
<b>RKWE</b>	87,4%	86,2%	95,2%	90,7%	89,9%
<b>RKTR</b>	67,5%	80,7%	79,8%	81,7%	77,4%

##### Kontrollierte Fallschwere

**Beschreibung Krankenhaus:** Die Fallschwere ist ein von der Auslastung unabhängiges Maß für die Intensität, mit der die Kapazitäten genutzt werden. Die Reha-Kliniken werden bei dieser Kennzahl nicht integriert, da sich dort ohne erheblichen

Zusatzaufwand (z.B. Erfassung und gewichtete Verrechnung der Arbeitsstunden der Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten) kein Maß bilden lässt. Für Krankenhäuser gibt der Case-Mix-Index die durchschnittliche Fallschwere einer definierten Patientengruppe wieder.

**Beschreibung Seniorenzentrum / Pflegedienst:** Für Seniorenzentren und Pflegedienste wird ein Maß integriert, bei dem die Leistungsstunden in Verhältnis zu der Zahl der Leistungsempfänger gesetzt werden. So kann verfolgt werden, wie viele Stunden im Intervall durchschnittlich auf einen Empfänger entfallen. Für die Pflegedienste werden die in Leistungskomplexen zusammengefassten Einzelverrichtungen in Personalstunden umgerechnet.

Ein **Referenzwert** wurde nicht festgelegt und wird sich aus dem Vergleich der Einrichtungen im Verlauf entwickeln.

	1. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	2. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	3. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	4. Quartal: Kontrollierte Fallschwere, Pflegestufenentwicklung - vereinbarte Leistungsstunden / Anzahl Leistungsempfänger	Gesamt
<b>SZKÖ</b>	54,53	55,05	60,08	54,68	56,08
<b>SZFR</b>	56,72	57,30	58,46	53,68	56,54
<b>SZOE</b>	54,61	56,18	58,58	53,95	55,83
<b>SZWI</b>	55,33	56,17	56,86	52,52	55,22
<b>SZWE</b>	69,40	65,09	66,79	61,79	65,77
<b>SZTR</b>	64,95	65,65	64,74	66,47	65,45
<b>SZMÜ</b>	75,88	70,79	67,46	68,06	70,55

<b>KHBE</b>	1,19 CMI	1,20 CMI	1,18 CMI	1,16 CMI	1,19 CMI
<b>RKWE</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>RKTR</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

<b>PDBE</b>	32,14	30,99	33,98	30,39	32
<b>PDOE</b>	22,90	30,58	28,81	23,16	26
<b>PDWE</b>	1,81	16,82	18,38	16,44	13

### Komplette Personalbedarfsdeckung

Die Kennzahl vermittelt einen Überblick, inwiefern vorhandene Personalressourcen eingesetzt werden bzw. vor dem Hintergrund der Leistungsnachfrage eine Überdeckung oder Unterdeckung besteht.

Der **Referenzwert** beträgt 100%, der ‚Toleranzwert‘ liegt zwischen 99% und 101%.

	1. Quartal: Komplette Personalbedarfsdeckung - erbrachte Leistungsstunden / vereinbarte Leistungsstunden	2. Quartal: Komplette Personalbedarfsdeckung - erbrachte Leistungsstunden / vereinbarte Leistungsstunden	3. Quartal: Komplette Personalbedarfsdeckung - erbrachte Leistungsstunden / vereinbarte Leistungsstunden	4. Quartal: Komplette Personalbedarfsdeckung - erbrachte Leistungsstunden / vereinbarte Leistungsstunden	Gesamt
<b>SZKÖ</b>	99,89%	99,46%	99,01%	99,38%	99,44%
<b>SZFR</b>	92,55%	91,45%	95,77%	97,29%	94,26%
<b>SZOE</b>	86,82%	87,15%	84,70%	79,59%	84,57%
<b>SZWI</b>	94,60%	94,60%	94,10%	90,79%	93,52%
<b>SZWE</b>	94,88%	95,67%	96,79%	92,04%	94,85%
<b>SZTR</b>	90,36%	93,49%	87,37%	92,15%	90,85%
<b>SZMÜ</b>	112,65%	104,99%	98,37%	101,24%	104,31%
<b>KHBE</b>	98,42%	102,80%	93,16%	98,38%	98,19%
<b>RKWE</b>	104,74%	102,78%	103,67%	103,88%	103,77%
<b>RKTR</b>	92,35%	91,56%	90,03%	94,85%	92,20%
<b>PDBE</b>	92,37%	93,77%	93,51%	93,77%	93,36%
<b>PDOE</b>	104,42%	97,31%	97,23%	96,59%	98,89%
<b>PDWE</b>	80,76%	80,99%	81,96%	81,78%	81,37%

### 5.1.2 Patienten- / Bewohnerbefragung

Eine Kennzahl zur Einschätzung der Leistungsempfänger in das Kennzahlensystem zu integrieren bedeutet, den Anspruch einer patienten- bzw. bewohnerzentrierten Versorgung ernst zu nehmen. Die Kennzahl besteht aus der Durchschnittsnote der letzten Patienten-, Bewohner- und Angehörigenbefragung.

Die Befragung findet jährlich statt – die Anonymität soll hierbei sichergestellt werden, was nicht in allen Fällen gewährleistet werden kann, wenn beispielsweise Mitarbeiter beim Ausfüllen der Fragebögen behilflich assistieren müssen oder Fragebögen im ambulanten Bereich direkt von den Patienten an die Mitarbeiter weitergereicht werden.

Der **Referenzwert** für die Schulnoten beträgt 2,0.

	Konzernweit – Durchschnittsnote
<b>SZKÖ</b>	1,8
<b>SZFR</b>	1,9
<b>SZOE</b>	1,8
<b>SZWI</b>	2,0
<b>SZWE</b>	2,0
<b>SZTR</b>	2,2
<b>SZMÜ</b>	2,0

<b>KHBE</b>	1,7
<b>RKWE</b>	2,0
<b>RKTR</b>	1,7

<b>PDBE</b>	1,8
<b>PDOE</b>	1,8
<b>PDWE</b>	1,8

### 5.1.3 Visitenergebnisse

#### Durchführung Pflegevisiten

Grundsätzlich werden Pflegevisiten von Führungskräften der zweiten und dritten Ebene durchgeführt. Neben Visiten im eigenen Bereich - die zur Einschätzung der Leistungen der Mitarbeiter dienen - müssen die Visitierenden auch Patienten / Bewohner begutachten, die von anderen Bereichen versorgt werden. Das Verhältnis sollte mindestens 50:50 betragen (Prinzip: Audits / Visiten sollten immer von bereichsfernen Auditoren durchgeführt werden), muss im Visitenjahresplan ausgewiesen und auf Nachfrage (Interne Revisionen) vorgelegt und erläutert werden können.

Jeder weitere Bewohner / Patient wird einmal pro Jahr auf Grundlage des Pflegevisitengesamtkataloges visitiert (ambulant: ausschließlich Patienten des SGB XI-Bereiches) - inklusive der Visiten nach MDK-Katalog, die im Rahmen des Diakoniesiegels Pflege durchgeführt werden. Für die Reha-Kliniken werden 10% der Anzahl versorgter Patienten pro Jahr für die Planung der Pflegevisiten zugrunde gelegt, für das KHBE werden zwei Visiten monatlich pro Station geplant und durchgeführt. Weichen Planzahl und Ist-Zahl stark voneinander ab, können Führungsprobleme vermutet werden, die in der Folge die Gesamtqualität negativ beeinflussen.

Der **Referenzwert** von geplanten und durchgeführten Pflegevisiten beträgt 100%.

	1. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	2. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	3. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten	4. Quartal: Anzahl geplanter / durchgeführter Pflegevisiten
<b>SZKÖ</b>	48,98%	144,90%	102,04%	122,45%
<b>SZFR</b>	136,00%	84,00%	108,00%	108,00%
<b>SZOE</b>	94,87%	104,00%	103,13%	97,18%
<b>SZWI</b>	133,33%	96,30%	81,48%	81,48%
<b>SZWE</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
<b>SZTR</b>	100,00%	95,00%	100,00%	100,00%
<b>SZMÜ</b>	59,52%	48,78%	148,94%	321,88%
<b>KHBE</b>	109,26%	103,70%	109,26%	109,26%
<b>RKWE</b>	97,22%	100,00%	100,00%	100,00%
<b>RKTR</b>	80,00%	100,00%	100,00%	100,00%
<b>PDBE</b>	62,16%	124,32%	89,19%	137,84%
<b>PDOE</b>	100,00%	100,00%	105,56%	72,22%
<b>PDWE</b>	91,67%	70,83%	87,50%	91,67%

### Verbesserungspotenziale Integrations- und Pflegevisiten

**Integrationsvisiten** werden bei jedem Neueingezogenen (ambulant: Neuübernommenen des SGB XI-Bereiches) nach sechs Wochen durchgeführt. Von Integrationsvisiten werden Personen der Kurzzeitpflege, des Probewohnens und der Verhinderungspflege sowie Patienten der Reha-Kliniken und des Krankenhauses ausgeschlossen.

Verbesserungspotenziale werden durch den Mittelwert des Erfüllungsgrades aller geprüften Kriterien des Pflegevisitenkataloges ausgedrückt: Werden alle Kriterien der Pflegevisitenkataloge zu mindestens 80% erfüllt, lautet die Gesamtbewertung ‚Gut‘, zwischen 50% und 80% lautet die Bewertung ‚Verbesserungspotenzial‘ (VP), unter 50% sind die Anforderungen nicht erfüllt (‚nein‘).

	Integrationsvisite	Pflegevisiten
<b>SZKÖ</b>	Gut	Gut
<b>SZFR</b>	Gut	Gut
<b>SZOE</b>	VP	VP
<b>SZWI</b>	Gut	Gut
<b>SZWE</b>	Gut	Gut
<b>SZTR</b>	Gut	Gut
<b>SZMÜ</b>	Gut	Gut

<b>KHBE</b>	t.n.z.	Gut
<b>RKWE</b>	t.n.z.	Gut
<b>RKTR</b>	t.n.z.	Gut

<b>PDBE</b>	Gut	Gut
<b>PDOE</b>	VP	VP
<b>PDWE</b>	VP	Gut

### Audits nach Nationalen Expertenstandards

Jede Einrichtung muss ab 2011 mindestens zwei **Audits nach Nationalen Expertenstandards** pro Jahr durchführen. Der Erfüllungsgrad muss zwei Jahre nach Implementierung des jeweils geprüften Standards 90% betragen.

	1. Audit eines Nationalen Expertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten- / Bewohneraudit	Umsetzungsgrad Personalbefragung	2. Audit eines Nationalen Expertenstandards	Umsetzungsgrad Patienten- / Bewohneraudit	Umsetzungsgrad Personalbefragung
<b>SZKÖ</b>	Schmerzmanagement	75%	19%	Chronische Wunden	77%	37%
<b>SZFR</b>	Schmerzmanagement	85%	22%	Ernährungsmanagement	80%	11%
<b>SZOE</b>	Dekubitusprophylaxe	83%	12%	Chronische Wunden	52%	66%
<b>SZWI</b>	Sturzprophylaxe	92%	100%	Schmerzmanagement	97%	13%
<b>SZWE</b>	Schmerzmanagement	78%	84%	Kontrakturen	76%	90%
<b>SZTR</b>	Dekubitusprophylaxe	98%	95%	Ernährungsmanagement	100%	100%
<b>SZMÜ</b>	Ernährungsmanagement	95%	100%	Kontinenzförderung	93%	83%
<b>KHBE</b>	Dekubitusprophylaxe	100%	0%	Kein zweites Thema auditiert	0%	0%
<b>RKWE</b>	Entlassungsmanagement	86%	20%	Sturzmanagement	85%	30%
<b>RKTR</b>	Dekubitusprophylaxe	94%	100%	Schmerzmanagement	97%	98%
<b>PDBE</b>	Chronische Wunden	67%	0%	Ernährungsmanagement	85%	73%
<b>PDOE</b>	Dekubitusprophylaxe	100%	0%	Ernährungsmanagement	88%	0%
<b>PDWE</b>	Schmerzmanagement	88%	71%	Förderung der	96%	37%

### Fokussierte Visiten

Fokussierte Visiten werden mindestens zweimal pro Jahr durchgeführt. Die Visite fokussiert dabei auf jeweils einem Aspekt, der im Rahmen einer Zufallsstichprobe pro Bewohner / Patienten bzw. seinen Akten in Augenschein genommen wird. Das Kriterium (z.B. Mundstatus: Gut gepflegter Mund) kann nur erfüllt oder nicht erfüllt sein. Der Erfüllungsgrad wird in % angegeben.

	1. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %	2. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %
<b>SZKÖ</b>	Dokumentation des Betreuungsangebotes	83%	Mittagsessen	96%
<b>SZFR</b>	Dekubitusrisiko	10%	Freiheitsentziehende Maßnahmen	94%
<b>SZOE</b>	Dauerkatheter	86%	Hautstatus	100%
<b>SZWI</b>	Körperpflege	88%	Körperpflege	99%
<b>SZWE</b>	Mundstatus	82%	Essenskarten	75%
<b>SZTR</b>	Mund/Zahnpflege	90%	Körperpflege	95%
<b>SZMÜ</b>	Körperpflege	95%	Nagelpflege Hände	83%

	1. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %	2. Fokussierte Visite (Thema)	Umsetzungsgrad in %
<b>KHBE</b>	Hautzustand	100%	Bauchnabelpflege	100%
<b>RKWE</b>	Kontrakturprophylaxe	100%	Dekubitusmanagement	100%
<b>RKTR</b>	Mund/Zahnpflege	100%	Körperpflege	100%
<b>PDBE</b>	BTM-Dokumentation	80%	Bauchnabelpflege	78%
<b>PDOE</b>	Pflegeplanung	100%	Schmerzmanagement	75%
<b>PDWE</b>	Dokumentationsblätter	90%	Berichteblatt	92%

### 5.1.4 Erstkontakt / Erstgespräch / Aufnahmen

Aus dem Verhältnis der Kontakte, Gespräche und Aufnahmen können die Einrichtungen Aufwand und Erfolg ermessen. Gegebenenfalls lässt sich auf vorhandene Verbesserungspotenziale schließen, wenn beispielsweise zwischen Aufwand (Erstkontakte, Erstgespräche) und Erfolg (Aufnahmen, Pflegeübernahmen) große Differenzen ersichtlich sind.

	Erstkontakt	Erstgespräche	Aufnahmen
<b>SZKÖ</b>	239	127	49
<b>SZFR</b>	333	67	32
<b>SZOE</b>	400	98	416
<b>SZWI</b>	124	88	83
<b>SZWE</b>	222	162	189
<b>SZTR</b>	0	0	322
<b>SZMÜ</b>	598	444	155

<b>KHBE</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>RKWE</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>RKTR</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

<b>PDBE</b>	336	246	246
<b>PDOE</b>	64	0	51
<b>PDWE</b>	184	148	148

### 5.1.5 Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag 31. Dezember

Die Übersicht verdeutlicht die Nachfrage der Leistungsempfänger an behandlungspflegerischen Maßnahmen im Überblick.

	Wachkoma	Beatmungspflichtiger Bewohner / Patient	Dekubitus	Blasenkatheter	PEG-Sonde	Fixierung	Kontraktur
<b>SZKÖ</b>	0	0	5	13	5	4	18
<b>SZFR</b>	0	0	6	6	3	14	25
<b>SZOE</b>	0	0	0	24	6	42	47
<b>SZWI</b>	0	0	1	1	2	4	18
<b>SZWE</b>	0	0	0	13	2	25	26
<b>SZTR</b>	0	0	0	1	4	14	12
<b>SZMÜ</b>	0	0	3	13	3	22	44

<b>KHBE</b>	t.n.z.						
<b>RKWE</b>	t.n.z.						
<b>RKTR</b>	t.n.z.						

<b>PDBE</b>	0	0	1	5	3	0	0
<b>PDOE</b>	0	0	0	9	1	4	20
<b>PDWE</b>	0	0	2	9	0	0	15

	Vollständige Immobilität	Tracheostoma	MRSA	Diabetes Mellitus
<b>SZKÖ</b>	7	3	3	57
<b>SZFR</b>	5	0	0	30
<b>SZOE</b>	22	0	2	23
<b>SZWI</b>	10	0	0	13
<b>SZWE</b>	4	0	0	14
<b>SZTR</b>	3	0	0	17
<b>SZMÜ</b>	8	0	0	28

<b>KHBE</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>RKWE</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.
<b>RKTR</b>	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.	t.n.z.

<b>PDBE</b>	10	0	0	41
<b>PDOE</b>	3	0	1	12
<b>PDWE</b>	0	0	0	36

### Pflegeaufwendige Patienten- / Bewohnergruppen zum Stichtag

Die Übersicht lässt Rückschlüsse auf das im Rahmen der Nationalen Expertenstandards entwickelte Risikomanagement zu:

- **Niedrige Fehlerquote: Dekubitusinzidenz** – in die konzernweite und quartalsweise ermittelte Kennzahl fließen Bewohner / Patienten ein, die im Verlauf ihres Aufenthaltes in den Einrichtungen Druckgeschwüre, Grad 2, erworben haben.
- In den **weiteren Kriterien** wird die Anzahl der Bewohner / Patienten mit pflegerischen Risiken dargestellt.

- Der **Sturzindex** soll möglichst niedrig sein. Sturzursachen müssen nach Stürzen regelmäßig ermittelt werden. Der Index lässt einen Schluss auf die Wirksamkeit der Sturzprävention in den Einrichtungen zu.

Der ambulante Bereich stellt bezüglich der Bewertung der beschriebenen Kriterien eine Ausnahme dar: Häufig sind die Pflegefachkräfte nicht selbstständig in der Lage, die Versorgungsprozesse zu steuern und rechtzeitig auf Risiken zu reagieren. Patienten, Angehörige, Hausärzte und die Pflegekassen bzw. Sozialämter entscheiden beispielsweise darüber, erforderliche Hilfsmittel zum Einsatz kommen oder nicht. Deshalb kann es vorkommen, dass trotz hohen Dekubitusrisikos erst **nach** Auftreten eines Dekubitus geeignete Hilfsmittel beantragt oder bewilligt werden.

	Dekubitusinzidenz	Bewohner / patienten mit Schmerzen	Ernährungsauf- fälligkeiten	Chronische Wunden	Kontinenz- probleme	Sturzindex
<b>SZKÖ</b>	0,01	16	12	5	112	5,07
<b>SZFR</b>	0,00	26	18	5	71	6,09
<b>SZOE</b>	0,00	46	13	14	159	4,78
<b>SZWI</b>	0,00	32	22	1	75	2,07
<b>SZWE</b>	0,00	47	11	2	90	3,02
<b>SZTR</b>	0,00	2	19	1	78	2,31
<b>SZMÜ</b>	0,01	33	20	1	106	1,55
<b>KHBE</b>	0,01	2	0	0	0	6,98
<b>RKWE</b>	0,00	9	3	7	15	14,26
<b>RKTR</b>	0,00	19	28	2	12	8,92
<b>PDBE</b>	0,00	34	22	9	13	t.n.z.
<b>PDOE</b>	0,01	6	5	0	24	t.n.z.
<b>PDWE</b>	0,00	31	38	8	46	t.n.z.

## 5.2 Mitarbeiterorientierung

### 5.2.1 Kennzahlen der Mitarbeiterorientierung

Qualifizierte und motivierte Mitarbeiter gehören zu den ‚Erfolgsgaranten‘ guter Qualitätsarbeit und des Unternehmenserfolges. Die folgenden Kennzahlen sollen Rückschlüsse auf das Personalentwicklungsmanagement der Einrichtungen ermöglichen.

- **Ausreichende Weiterbildungsquote:** Weiterbildung stellt eine Investition in das Humankapital dar, die Qualifikationsmängel reduziert. Im Folgenden wird der Begriff gemäß SGB III § 85 Abs. 3 als Bildungsvorgang aufgefasst, der geeignet ist, berufliche Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu erhalten, zu erweitern, der technischen Entwicklung anzupassen oder einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen.

- Die **Mitarbeiterzufriedenheit** wird im Rahmen der jährlichen anonymen Befragung ermittelt. Der **Referenzwert** ist die Schulnote 2,0.
- **Keine unerwünschte Fluktuation:** Ab Einführung eines Mitarbeiters werden Investitionen getätigt, die bei seinem Ausscheiden verloren gehen. Eine hohe Fluktuation hat negative Auswirkungen auf die Kontinuität der Leistungserbringung, die Prozessqualität und die Teamentwicklung. Insbesondere eine hohe Anfangsfluktuation ist ein Zeichen dafür, dass Mitarbeiter mit Strukturen, Führung oder Betriebsklima unzufrieden sind. Der **Referenzwert** beträgt 0%.
- **Wenig Kurzzeiterkrankungen:** Krankheiten sind die häufigste Ursache für Fehlzeiten. Sie haben erhebliche Auswirkungen auf die Produktivität, verursachen Kosten, beeinträchtigen die Wettbewerbsfähigkeit und können Ausdruck der Unzufriedenheit der Mitarbeiter sein. Der **Referenzwert** ist der von der AOK errechnete Wert von 46 Krankheitsfällen auf 100 Mitarbeiter (Stand 2009).
- Der **Fachkräfteanteil** in der stationären Altenpflege ist bundeslandspezifisch festgelegt. Als **Anhaltswert** gelten 50%.

	Ausreichende Weiterbildungsquote	Hohe Mitarbeiterzufriedenheit	Keine unerwünschte Fluktuation	Wenig Kurzzeiterkrankungen	Fachkräfteanteil
<b>SZKÖ</b>	1,2%	2,0	0,7%	47,5	52,0%
<b>SZFR</b>	1,7%	2,2	4,7%	35,5	50,0%
<b>SZOE</b>	0,5%	2,3	3,7%	100,0	46,0%
<b>SZWI</b>	0,9%	2,0	0,7%	59,1	54,0%
<b>SZWE</b>	1,1%	2,4	4,3%	88,2	47,0%
<b>SZTR</b>	0,5%	2,2	8,5%	42,3	49,0%
<b>SZMÜ</b>	1,5%	2,1	9,4%	28,2	51,5%
<b>KHBE</b>	0,7%	2,6	1,6%	119,8	84,0%
<b>RKWE</b>	1,0%	2,4	5,6%	46,5	53,0%
<b>RKTR</b>	0,3%	2,2	14,7%	76,6	64,0%
<b>PDBE</b>	2,0%	1,9	4,3%	55,9	41,5%
<b>PDOE</b>	1,8%	1,6	8,0%	10,9	70,0%
<b>PDWE</b>	1,2%	1,9	6,4%	32,1	67,0%

## 5.2.2 Mitarbeitergespräche

Zur Festlegung von persönlichen Zielen, der Kommunikation gegenseitiger Erwartungen und Anforderungen sowie der gezielten Förderung von Mitarbeitern stellen Mitarbeitergespräche ein wichtiges Instrument der Personalentwicklung dar. Die Daten erlauben einen Rückschluss auf die Nutzung des Instruments im Vergleich.

	Quotient tatsächliche Anzahl / geplante MG
<b>SZKÖ</b>	86,17
<b>SZFR</b>	100,00
<b>SZOE</b>	68,26
<b>SZWI</b>	80,52
<b>SZWE</b>	69,57
<b>SZTR</b>	100,00
<b>SZMÜ</b>	100,00

<b>KHBE</b>	62,91
<b>RKWE</b>	80,85
<b>RKTR</b>	100,00

<b>PDBE</b>	100,00
<b>PDOE</b>	87,50
<b>PDWE</b>	126,92

## 5.3 Sicherheit

### 5.3.1 Arbeitsschutz

Die Gesundheit der Mitarbeiter ist unerlässliche Voraussetzung für die Personaleinsatzplanung. Gesundheitsbeeinträchtigungen gilt es durch geeignete Maßnahmen zu eliminieren. Die Anzahl der Arbeitsunfälle gibt einen Einblick in die Arbeit der Arbeitssicherheitsausschüsse der Einrichtungen.

	Anzahl der Arbeitsunfälle
<b>SZKÖ</b>	24
<b>SZFR</b>	14
<b>SZOE</b>	9
<b>SZWI</b>	2
<b>SZWE</b>	4
<b>SZTR</b>	6
<b>SZMÜ</b>	10

<b>KHBE</b>	5
<b>RKWE</b>	8
<b>RKTR</b>	3

<b>PDBE</b>	34
<b>PDOE</b>	3
<b>PDWE</b>	4

### 5.3.2 Hygiene

Audits jeglicher Art sind ein unerlässliches Instrument zur Überprüfung des Ist-Standes in den Einrichtungen. Mit Hilfe der Hygieneaudits wird der Umsetzungsgrad der Richtlinien seitens der Mitarbeiter und externen Dienstleister überprüft. Der Überblick gibt eine Rückmeldung über die Intensität des Hygienemanagements im Vergleich.

	Anzahl der Hygieneaudits
<b>SZKÖ</b>	3
<b>SZFR</b>	74
<b>SZOE</b>	4
<b>SZWI</b>	2
<b>SZWE</b>	32
<b>SZTR</b>	3
<b>SZMÜ</b>	0

<b>KHBE</b>	89
<b>RKWE</b>	16
<b>RKTR</b>	3

<b>PDBE</b>	3
<b>PDOE</b>	1
<b>PDWE</b>	8

### 5.3.3 Lieferantenbewertung

Alle Verantwortlichen, die mit Kooperationspartnern oder Lieferanten zusammenarbeiten, sollen regelmäßig – mindestens aber einmal jährlich – die Lieferanten nach festgelegten Kriterien bewerten. Schlechte Bewertungen führen zu Gesprächen mit den Lieferanten. Bleiben diese ohne Erfolg, wechseln die Einrichtungen den Geschäftspartner.

Der Wert stellt den Mittelwert aller durchgeführten Lieferantenbewertungen dar und zeigt, ob Einrichtungen Gesprächsbedarfe mit ihren Lieferanten haben.

	Zusammenfassung: Gesamtbewertung aller Lieferanten
SZKÖ	1
SZFR	2
SZOE	1
SZWI	2
SZWE	2
SZTR	2
SZMÜ	2

KHBE	1
RKWE	2
RKTR	2

PDBE	2
PDOE	2
PDWE	1

## 5.4 Qualitätsmanagement

### 5.4.1 Fehlermanagement

Die systematische Sammlung von Fehlern sowie deren Bewertung stellt – neben den Audits – das wichtigste Instrument des Qualitätsmanagement dar. Aufgrund der Ursachenanalysen kann systematischen Fehlern wirksam vorgebeugt werden.

	Fehleranzahl gesamt	Davon zufällig	Davon systematisch
SZKÖ	43	39	4
SZFR	56	48	8
SZOE	126	126	0
SZWI	18	18	0
SZWE	613	23	590
SZTR	23	15	8
SZMÜ	547	0	547

KHBE	52	0	0
RKWE	27	10	1
RKTR	15	13	2

PDBE	94	71	23
PDOE	40	40	0
PDWE	183	180	3

### 5.4.2 Beschwerdemanagement

Beschwerden von Bewohnern, Patienten und Angehörigen können auf systematische Fehler hinweisen, die andernfalls unentdeckt geblieben wären. In diesem Sinne sind Beschwerden wichtig für die Qualitätsarbeit und müssen ‚gefördert‘ werden. Das heißt, dass Bewohner / Patienten / Angehörige keine Scheu haben dürfen, ‚zu petzen‘, sondern ermutigt werden, konstruktiv Kritik zu üben. Die Übersicht zeigt, wie gut dies in den einzelnen Einrichtungen gelungen ist.

	Anzahl der Beschwerden
<b>SZKÖ</b>	67
<b>SZFR</b>	11
<b>SZOE</b>	16
<b>SZWI</b>	21
<b>SZWE</b>	4
<b>SZTR</b>	5
<b>SZMÜ</b>	29

<b>KHBE</b>	25
<b>RKWE</b>	28
<b>RKTR</b>	47

<b>PDBE</b>	35
<b>PDOE</b>	2
<b>PDWE</b>	11

## 6 Zusammenfassung

2003 wurden die Internen Revisionen in Medizin und Pflege (**IR**) eingeführt und jährlich wiederholt. Durch erfolgreiche Zertifizierungen nach ‚Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen‘ (**KTQ**) und dem ‚Diakonie-Siegel Pflege‘ (**DSP**) seit 2006 beweisen die Bethel-Einrichtungen, dass ihre Qualitätsmanagementsysteme den Anforderungen einer Zertifizierung gewachsen sind. Seit 2013 – dem inzwischen dritten Wiederholungszyklus – finden die IR nach geändertem Modus statt (**vgl. Kapitel 1 und 3**).

Die Bewertungen der IR und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (**MDK**) verdeutlichen, dass die Einrichtungen den Anforderungen der Pflegekassen bzw. des Gesetzgebers gewachsen sind (**siehe Kapitel 4.11 und Anlage 3, Gegenüberstellung der Bewertungen**).

In der Übersicht der Prüfergebnisse nach Schulnoten 2012 bis 2014 bleibt wie in den Vorjahren auch schon, erkennbar, dass sich die ersten acht Einrichtungen auf hohem Niveau stabilisiert haben. In der Gruppe der letzten fünf finden graduelle Verschiebungen gegenüber den Vorjahren – im Positiven wie im Negativen – statt (**siehe Kapitel 4.11**).

Nach **DSP** wurden in 2014 die Seniorenzentren SZOE und SZTR sowie die zwei Pflegedienste PDBE und PDOE **rezertifiziert**. Der PDBE wurde nach 2013 auch 2014 geprüft, da er sich nach der Verschmelzung von PDFR und PDLI 2013 in einer Umbruchphase befand und dieses Jahr belegen sollte, dass das Managementsystem umfassend funktioniert.

Im Rahmen der sechs Kategorien der Internen Revision in Medizin und Pflege lassen sich konzernweit folgende Tendenzen feststellen: In der Kategorie ‚**Bauliches, Wohnliches, Orientierung**‘ sind keine gravierenden Mängel mehr feststellbar. Die Einrichtungen bauen vermehrt „Erlebniswelten“ aus, wie den **Snoezelenraum** im SZMÜ, durch Anlage ansprechender **Gärten** (SZFR, SZWI, SZMÜ) oder Überholung der etablierten **Gartenlandschaften** (SZKÖ und Standort Trossingen). Die **Eingangsbereiche** werden zu ansprechenden „Visitenkarten“ für Besucher (SZFR, SZWE, SZKÖ etc.). **Tiere**, wie Alpaccas, **Vogelvollieren** und **Aquarien** (SZOE) oder **Schafe** (SZWI) beleben die Einrichtungen. Wird die Instandhaltung vernachlässigt,

was in Teilen von Einrichtungen auch noch feststellbar ist, fällt dies im Vergleich zu gut gepflegten Einrichtungen sofort auf.

„**Sauberkeit, Ordnung und Hygiene**“, die zweite Kategorie, ist in allen Einrichtungen Routine geworden. Verbesserungspotentiale bestehen insbesondere in einer größeren Lagerkapazität, damit Flure nicht von Verbands-, Reinigungs- oder Wäschewagen zugestellt werden.

In der Kategorie „**Konzepte und Standards**“ lässt sich feststellen, dass die Qualitätsmanagementhandbücher (**QMH**) der Einrichtungen größtenteils sehr gut verfasst, verständlich geschrieben (**RKTR, SZKÖ**) und häufig mit Querverweisen auf weitere Regelungen und mitgeltende Dokumente versehen sind (**SZKÖ**).

Der Umfang der QMH ist häufig jedoch zu groß, so dass die Pflege der Regelungen zeitaufwendig ist. Zur **Reduktion der Dokumentation** sollen sowohl aktuelle Entwicklungen beobachtet („**Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation**“) als auch intern Maßnahmen ergriffen werden. Beispiele zur Effizienzsteigerung gibt es in einigen Einrichtungen - dem KHBE, in dem Funktionsstörungen von Medizinprodukten vom PC aus von den Mitarbeitern gemeldet und versendet werden können, den Seniorenzentren in München und Trossingen, die ihre QMH zusammen überarbeiten und die Arbeit hierfür aufteilen oder den Pflegediensten PDBE und PDOE, die jeweils mehrere Formulare in einem Dokument zusammenfassen.

Die Verfahrensanweisungen müssen je Einrichtung eine einheitliche Struktur aufweisen, Informationen nicht im selben Dokument auf unterschiedlichen Seiten wiederholen und einheitlich lektoriert werden. In der Praxis hat sich Freitext gegenüber Flussdiagrammen als verständlichere Prozessbeschreibung bewährt.

Verantwortlichkeiten bei der Einführung, Pflege und Aktualisierung aller Verfahrensanweisungen müssen immer geklärt, bei Systemprüfungen müssen alle Dokumente aktualisiert werden. Das KHBE und SZFR weisen hierbei Verbesserungspotentiale auf.

Das **Managementsystem** des Diakoniewerks Bethel und seiner Einrichtungen, bewertet in der Kategorie „**Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management**“ entspricht prinzipiell den Anforderungen des Bundesrahmenhandbuches Diakoniesiegel Pflege DSP der Version 2.0 und der DIN EN ISO 9001:2008. Hierbei sind u.a.

regelmäßige Bewertungen des Managementsystems, die Zielsetzungen, Zieleverfolgungen und Ergebnisüberprüfungen, die Bewertungen und Verbesserungen, die sich aus Audits und der Arbeit der sogenannten „KVP-Teams“ (**KVP** bedeutet „Kontinuierlicher Verbesserungsprozess“) ergeben, die Fehler- und Vorbeugemaßnahmen, Befragungen, die Regelung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten oder die Ressourcenplanung und –verteilung hervorzuheben.

Exemplarisch wird diese Feststellung durch folgende Aspekte unterstrichen: Das KHBE kann auf ein gutes Ergebnis beim Dekubitusmanagement verweisen. Es hat im Vergleich mit Berliner Krankenhäusern auf Grundlage eines Benchmarks des AQUA-Instituts (**Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen**), an das berlin- und bundesweit weit alle Krankenhäuser festgelegte Daten fakultativ versenden, sehr gut abgeschnitten, d.h. dort verlassen Patienten, die mit einem Dekubitus **eingeliefert** wurden, sehr viel **seltener** als anderswo **das KHBE** mit einem **Dekubitalgeschwür**. Darüber hinaus ist die Inzidenz (= Neuentstehung von Dekubitus während des Aufenthaltes) im Berliner Vergleich gering.

Im SZMÜ wurde die **Wäscherei** wieder eröffnet. Unter anderem tragen neue, sogenannte Medizinische Bettdecken dazu bei, dass Wäsche eingespart und Arbeitsabläufe rund um die Wäsche verschlankt werden konnten. Alle anderen Einrichtungen wurden aufgefordert, das Konzept zu prüfen und ggf. selbst einzuführen.

Das SZKÖ unterstützt sein Arbeitssicherheitsmanagement durch eine vereinfachte Unfallmeldung, die nun, für die Mitarbeiter elektronisch hinterlegt, von ihnen ausgedruckt, ausgefüllt und weitergeleitet werden kann. Seitdem werden Unfälle häufiger dokumentiert. Gefahrenquellen können deshalb besser identifiziert und abgestellt werden.

Neben den zahlreichen Stärken existieren Verbesserungspotentiale, von denen einige im Folgenden beschrieben werden. Alle Pflegerisiken, die akut nach der Aufnahme von Patienten oder dem Einzug von Bewohnern zu Komplikationen führen können, müssen sofort bewertet werden. Die Beschreibung dieser Maßnahmen in den **Nationalen Expertenstandards** erscheint nicht durchgehend verständlich, wie bezüglich der Dekubitusprophylaxe in der RKTR.

Wenn Anamnesen bereits im Vorfeld einer Aufnahme erstellt werden können, sollte dies auch durchgehend geschehen, um das Pflegepersonal am Aufnahmetag zu entlasten (SZMÜ).

Im Rahmen des **Sturzmanagements** sollen wegen möglicher therapeutischer Konsequenzen die Patienten und Bewohner immer gefragt werden, ob sie sich an ihren Sturz erinnern und ihn beschreiben können (z.B. KHBE).

Bei ungewöhnlich niedrigem Sturzindex müssen die Einrichtungen ihre Datengrundlage überprüfen. Ursache könnte sein, dass die Mitarbeiter nicht jedes Sturzereignis als solches erkennen und dokumentieren. Möglich wird die Reflektion auf den Sturzindex, indem regelmäßig und, wenn möglich, aktuelle **Studien** herangezogen werden.

Zum umfassenden Schmerzmanagement gehört die regelmäßige Erfragung des subjektiven Schmerzempfindens, insbesondere 60 Minuten nach Analgetikagabe (KHBE).

Klar beschriebene und **strukturierte Prozesse**, die von Beginn bis zum Ende durch Pflegefachkräfte begleitet werden, gehören zu jedem **Nationalen Expertenstandard**. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die Beteiligten sich nicht für die Gesamtprozesse und deren intendierte Ergebnisse verantwortlich fühlen. Dennoch werden nicht in allen Einrichtungen die Prozessverantwortungen klar geregelt. Auf mehrere Berufsgruppen verteilt, besteht für die Handelnden keine Gesamtverantwortung, Mitdenken wird hierdurch nicht gefördert (RKWE, RKTR).

Zur Überprüfung des Umsetzungsgrades der Expertenstandards müssen mindestens zwei Audits jährlich durchgeführt werden, wenn notwendig, auch mehr. Zum Audit gehört, dass der Schulungsbedarf des Personals ermittelt wird – was für 2013 noch nicht durchgehend gelungen oder verstanden wurde (**vgl. Kapitel 5.1.3 Audits nach Nationalen Expertenstandards**).

**Fehler** müssen mit dem Ziel ihrer wirksamen Vorbeugung systematisch gesammelt und analysiert werden. „Strafmaßnahmen“ gefährden die Etablierung einer **offenen Fehlerkultur** (SZOE). Darüber hinaus müssen aus allen Bereichen einer Einrichtung Fehler gemeldet werden können, nicht nur in Form anonymer **Beinahvorkommismeldungen** (CIRS), wie es im KHBE der Fall ist. Andernfalls können Fehler nicht

danach bewertet werden können, ob sie zufällig oder systematisch geschehen. Das **Fehlermanagement** des **KHBE** ist in diesem Sinne nicht umfassend (**vgl. Kapitel 5.4.1**) und muss bis Ende des Jahres dem bethelweiten Niveau entsprechen.

**Überprüfungs- und Vorbeugungsprozesse** müssen in Form eines **Auditplans** zum Jahresbeginn vorliegen und Ergebnisse an einer Stelle „zusammenlaufen“, so dass eine Übersicht über Stärken und Schwächen einer Einrichtung einem **zentralen Maßnahmenplan** zu entnehmen ist (KHBE). Darüber hinaus sind **Verantwortliche** zur **Einführung neuer Leitlinien und Nationalen Expertenstandards** festzulegen - dasselbe gilt für die Festlegung von Mitarbeitern, die sich mit verändernden **Rahmenbedingungen** beschäftigen und auf mögliche Auswirkungen analysieren (KHBE).

**Beschwerden** stellen eine Möglichkeit dar, auf systematische Fehler aufmerksam gemacht zu werden. Deshalb müssen Patienten ermuntert werden, Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten. 25 dokumentierte Beschwerden bei über 6000 Behandelten im Jahr lassen darauf schließen, dass das KHBE sein **Beschwerdemanagement** noch optimieren kann und muss. Ähnliches trifft auch auf andere Einrichtungen zu (SZOE, SZWE, SZTR, PDOE und PDWE) (**vgl. Kapitel 5.4.2**).

Das Nachhalten der **Teilnahme an Pflichtschulungen** ist notwendig, um alle Mitarbeiter zu den wichtigen Themen regelmäßig schulen zu können und sicherzustellen, dass sie auf dem aktuellen Stand des Wissens sind (SZMÜ). Das **Zentrale Fortbildungskonzept** wurde 2014 noch nicht in allen Einrichtungen umgesetzt (SZMÜ, RKTR).

Weitere Verbesserungspotentiale lassen sich beim „**Diakonischen Profil**“ feststellen (**vgl. Kapitel 4.3.1 und 4.10**): Nicht allen Befragten waren zentrale Aspekte des Profils bekannt.

Der **Umgang** der Einrichtungen mit **Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung** wird nicht immer deutlich. Beteiligung und Mitarbeiterzufriedenheit scheinen auch hierdurch beeinflusst zu werden (**zu den Ergebnissen vgl. 5.2.2 und Anlage 4**).

Um diese Themen wieder stärker ins Bewusstsein der Leitungen zu rücken, stellen die beiden letztgenannten Themen **Schwerpunkte** der Internen Revision 2015 dar.

Eine Empfehlung zum Abschluss der Kategorie „**Pflegerisches, ärztliches, therapeutisches Management**“: Die Auditoren von pCC empfehlen einen offensiveren Umgang mit **Prämien** für Mitarbeiter die erfolgreich Bewohner, Patienten und / oder Mitarbeiter werben.

Die Versorgung der Bewohner und Patienten befindet sich – wie in der Kategorie „**Ergebnisqualität des (Pflege-)Zustandes**“ ausgewiesen - auf hohem und sehr gutem Niveau (**vgl. Kap. 4.4**). Die allgemeine Zufriedenheit, die die Bewohner und Patienten während der Internen Revisionen zum Ausdruck brachten wurde im Rahmen der Rezertifizierungen gegenüber den externen Auditoren von pCC bestätigt (**siehe den Bericht zur 1. Begutachtung zur Systemförderung 2014: 7 und 10.**). Patienten, Bewohner und Angehörige gaben darüber hinaus ihren Einrichtungen im Zuge der anonymen Befragung 2014 wie in den Vorjahren gute Noten.

Wichtig für die **nachhaltige Versorgungsqualität** ist der Umgang mit Menschen mit **nicht-alltäglichen Krankheitsbildern**. Es ist Leitungsaufgabe, diese Situation zu erkennen und in solchen Fällen zu rekapitulieren, welche Pflegemaßnahmen geeignet sind, welche unwirksam werden oder sogar kontraindiziert sind. Passable Instrumente zur Reflektion auf ungewöhnliche Situationen stellen Fallbesprechungen und Pflegevisiten dar.

Die Kategorie „**Ergebnisqualität: Dokumentation**“ ist die letzte der sechs jährlich bearbeiteten. In den Einrichtungen stellt sich die Dokumentationsqualität heterogen dar, ist jedoch insgesamt auf Grundlage aller gesehenen Beispiele mit einer Ausnahme mindestens mit „Gut“ bewertet worden (**siehe Kapitel 4.5.1 und 4.5.2**).

Zu den Stärken zahlreicher Pflegefachkräften gehört es, die **Pflegerisiken**, wie Chronische Wunden, Sturz-, Dekubitus-, Schmerz- und Ernährungsrisiken zu erkennen und gut zu beschreiben. Die dazu gesehenen Pflegeplanungen, Verlaufsberichte, papiergestützte Dokumente, Evaluationen, Fallbesprechung etc. waren vollständig und umfassend (SZFR, SZKÖ, SZMÜ).

Die Einhaltung der **Konvention zur zeitgerechten Erstellung der Pflegeplanung**, der Gebrauch eines festgelegten Schemas zur Beschreibung des Zustandes von Bewohnern und Patienten, auch unter Verwendung einheitlicher Fachtermini sowie die prospektive Festlegung von Evaluationszeitpunkten stellen betheilerweit noch keine

Selbstverständlichkeit dar. Da diese Aspekte jedoch dazu beitragen, die **Effizienz der Pflegedokumentation** zu steigern, wird die Weiterentwicklung der Dokumentation eng auch mit diesen Themen verbunden sein.

Darüber hinaus kann und muss der **Dokumentationsaufwand** in den Einrichtungen auch durch die Zusammenführung der **Paralleldokumentation** bzw. Abschaffung von **Dokumentationsinseln** reduziert werden: Bei der Sturzrisikoerfassung, den Anamnesen bzw. den "Aufnahmebefundbogen" befanden sich ein Teil der Unterlagen im Arztdienstzimmer (RKTR), die Diätassistentin dokumentierte ihre Daten in einem anderen Teil der Dokumentation (RKTR, KHBE).

Eine weitere Möglichkeit der Effizienzsteigerung könnte durch die kritische Reflektion auf „Traditionen in der Pflege“ erfolgen: Ist es beispielsweise sinnvoll, das Dekubitusrisiko auch bei den Rehabilitanden, Patienten und Bewohnern zu erheben, die über **kein** Risiko verfügen (KHBE, RKTR, SZMÜ, SZFR)? Könnte die Anzahl der gebräuchlichen Risikoskalen eingeschränkt werden (KHBE, RKTR)?

## 7 Ausblick

2015 wird das **Konzept der Internen Revision in Medizin und Pflege** kritisch bewertet: Hat sich die Verringerung der Begehungen nachteilig auf das Qualitätsniveau der Einrichtungen ausgewirkt, oder ist erkennbar, dass sich die Ergebnisse stabil auf hohem Niveau bewegen? Wie ist das Empfinden der Verantwortlichen in den Einrichtungen hierzu?

Im Zuge des Diskurses **zur Effizienzsteigerung in der (Pflege-)Dokumentation** werden Konzepte bethelweit zu entwickeln sein oder bereits vorliegende erneut in den Fokus geraten. In diesem Zusammenhang ist der Frage nachzugehen, wie das überarbeitete elektronische Dokumentationsprogramm MCC die Maßnahmen zur Effizienzsteigerung unterstützen kann. Darüber hinaus wird sich zeigen, **ob die Fachkompetenz der Pflegefachkräfte** „nachjustiert“ werden muss, um die Anforderungen erfüllen zu können, die in der Fachdiskussion vorausgesetzt werden, um die Dokumentation verringern zu können.

Das **Diakonische Profil** wird in den Vordergrund gerückt und intensiv behandelt werden. Es bleibt abzuwarten, ob die vielfältigen Anforderungen auch dazu beitragen, die Identität der Mitarbeiter mit ihren Einrichtungen nachhaltig zu steigern.

Die **Mitarbeiterbindung** bleibt im Fokus, flankiert von zahlreichen Maßnahmen, u.a. der Werbeaktion „Wir sind Diakoniewerker“, denen zur Förderung aufstiegsinteressierter Mitarbeiter oder der Unterstützung der Mitarbeiter mit Familie unter dem Titel „Bethel als Familienfreundlicher Arbeitgeber“. Ob das Ziel, die Fluktuation von Fachkräften gering zu halten, erreicht wird, wird sich in 2015 erweisen müssen.

Berlin, 30.09.2014

Andreas Dietel

## **Anhang**

<b>Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren 2014</b>	<b>70</b>
<b>Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf der Konferenz der Führungskräfte (KFK), 11.9. – 12.9.2014</b>	<b>71</b>
<b>Anhang 3 – Gegenüberstellung der Bewertungen der Unternehmensbeteiligungen durch die Interne Revision in Medizin und Pflege und des MDK</b>	<b>78</b>
<b>Anhang 4 – Ergebnisse der Mitarbeiter- und Bewohner- / Patientenbefragungen im Verlauf 2012 – 2014</b>	<b>79</b>

## Anhang 1 – Terminplan und Ko-Auditoren 2014

## Terminplan zur Revision und zur Zertifizierung 2014

	UB	Vor-Ort-Termine	Ko-Auditor aus Betrieb	Telefon-Konferenzen (9.00 - 12.00 Uhr)	Zertifizierungsaudit	Ko-Auditor aus Betrieb
1.	Seniorenzentrum Bethel München (SZMÜ)	19.02. - 20.02.2014	Frau Bömert (PDBE), Frau Hemkendreis (KHBE)	14.02.2014		
2.	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Trossingen (RKTR)	04.03. - 05.03.2014	Frau Wortmann (SZKÖ), Frau Welti (SZFR)	28.02.2014		
3.	Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain (SZFR)	26.03 - 27.03.2014	Herr Davidovic (SZMÜ), Frau Byczek-Palfalusi (PDWE)	21.03.2014		
5.	Seniorenzentrum Bethel Köpenick (SZKÖ)	07.05. - 08.05.2014	Frau Rill (SZTR), Frau Schmidt (SZWI)	05.05.2014		
4.	Krankenhaus Bethel Berlin (KHBE)	14.05. - 15.05.2014	Frau Möller (SZOE), Frau Helmle (RKWE, SZWE)	09.05.2014		
6.	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen (PDOE)				27.05.2014 HrN	Frau Zander (PDBE)
7.	Scheve Management Gesellschaft (SMG)				02.06.2014 HrN	
8.	Pflegedienst Bethel Berlin (PDBE)				03.06.2014 HrN	Frau Kalisch (SZKÖ)
9.	Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen (SZOE)				04.06. - 06.06.2014 HrN	Herr Thürigen (SZWI)
10.	Seniorenzentrum Bethel Trossingen (SZTR)				10.06. - 12.06.2014 FrS	Frau Gottschalk (PDOE)
11.	Seniorenzentrum Bethel Wiehl (SZWI)					
12.	Pflegedienst Bethel Welzheim (PDWE)					
13.	Seniorenzentrum Bethel Welzheim (SZWE)					
14.	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Welzheim (RKWE)					

## Legende:

HrN, FrS - Hr. Nitsche / Fr. Staas, Auditoren pCC
1-Tagesbegehungen (Bereiche / BW / Pat.)
2-tägige Revision
3-tägige Revision
Zertifizierung nach DSP / KTQ / Förderaudit

## Anhang 2 – Zusammenfassung des Qualitätsberichtes zur Präsentation auf der Konferenz der Führungskräfte (KFK), 11.9. – 12.9.2014



### Qualität im Diakoniewerk Bethel 2014

Zusammenfassende Darstellung zum Qualitätsbericht

Präsentation zur Konferenz der Führungskräfte, 11.09. – 12.09.2014

Andreas Dietel, Referatsleiter Produkte  
Scheve Management

### Gesamtübersicht 2014



Mon. 2014	Flur 2012	LEIST.	Lerner (Vor-Überfließen, interne Revision)	Bauhelfer, Wohnhilfen, Obdachlos/OP nur Obdachlos!			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Kommunikation und Standards			Pflegenutzer/sozialer/therapeutischer Management			Eigenverantwortl. / Pflege-Richtlinien der DfW/Pfz.			Eigenverantwortl. Dokumentation			Durchführung Pflegeauftrag/doppelt gewichtet			Lerner (Vor-Überfließen) MDK	Note MDK				
				E	B	M	E	B	M	E	B	M	E	B	M	E	B	M	E	B	M	E	B	M						
1	1	SZOE	27.02.-28.02.13	1-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0	1,0	1,0	9.09.-10.09.2013	1,0	
1	1	SZWI	09.02.2012	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	1,0	1,0	28.10.2013	1,0	
2	2	SZFR	29.03.-07.03.2014	1,2	1,2	1-	1-	1-	1-	1	1	1-	2+	1-	1-	1	1	1-	1	1	1-	1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	30.07.2013	1,4	
2	2	RKTR	04.03.-05.03.2014	1	1	1	1,2	1,2	1	1	1	1-	1-	1-	1-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1	1,1	k.B.	
2	2	SZTR	14.05-15.05.2013	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1,1	1,1	1,1	25.11.2013	1,0
2	2	SZKÖ	07.05.-08.05.2014	1,2	1,2	1-2	1-	1-	1-	1	1	1-	1	1	1-	1	1	1-	1	1	1	1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	16.04.2013	1,0	
2	3	SZMU	19.02.-20.02.2014	1-	1	1	1-	1-	1-	1-	2+	2+	2	1,2	1,2	1-	1	1-	1-	1	1-	1	1	1	1,2	1,2	1,1	05.12.2013	1,1	
3	3	PDOE	03.04.-04.04.2013	1	1	1	1,2	1,2	1-2	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2+	3	2+	1,4	1,2	1,2	1,2	1,2	13.02.2014	1,2	
4	5	PDBE	22.04.-23.04.2012	1,2	1,2	1-2	2+	2+	2+	1	1	1-	1	1	1-	1,2	1,2	1-2	2+	2+	2+	2+	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	30.11.2013	1,1	
5	6	SZWE	10.01.2012	1	1	1	1	1	1	2,3	2,3	2-3	2	2	2	1	1	1	1	3	3	3	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	29.01.2013	1,1	
5	6	PDWE	11.02.2012	1	1	1	2	2	2	2,3	2,3	2-3	2,3	2,3	2-3	1	1	1	1	1,2	1-2	1-2	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	10.12.2013	1,4	
5	4	KHBE	14.05.-15.05.2014	1,2	1,2	1-2	1-	1-	1-2	2+	2+	2-3	2,3	2+	2-	1	1	1	1	1	1	1-2	1,4	1,4	1,6	1,6	1,6	k.B.		
6	7	RKWE	27.-28.03.2012	2+	2+	2+	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	2+	2+	2+	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	k.B.		

## Kategorie 1 – Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung



Pos. 2014 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (PD: nur Orientierung)			Gesamtbewertung 2014
		2012	2013	2014	
1.	SZOE	1 -	1	1	1,0
1.	PDOE	1	1	1	1,2
1.	SZWI	1	1	1	1,0
1.	RKTR	1	1	1	1,1 =
1.	SZMÜ	1 -	1 -	1	1,1 ↑
1.	SZWE	1	1	1	1,6
1.	PDWE	1	1	1	1,6
2.	SZFR	1-2	1-2	1 -	1,1 =
2.	SZTR	1	1 -	1 -	1,1
3.	SZKÖ	1-2	1-2	1-2	1,1 =
3.	PDBE	1-2	1-2	1-2	1,5
3.	KHBE	1-2	1-2	1-2	1,6 ↓
4.	RKWE	2 +	2 +	2 +	1,8

Qualität im DwB 2014, KFK, 11.09.2014, SMG, Andreas Dietel

Seite 3 von 14

## Kategorie 2 – Ordnung, Sauberkeit, Hygiene



Pos. 2014 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Gesamtbewertung 2014
		2012	2013	2014	
1.	SZFR	1 -	1 -	1	1,1 =
1.	SZOE	1	1	1	1,0
1.	SZWI	1	1	1	1,0
1.	SZWE	1	1	1	1,6
1.	RKTR	1-2	1-2	1	1,1 =
1.	SZTR	1	1	1	1,1
2.	SZKÖ	1 -	1 -	1 -	1,1 =
2.	RKWE	1 -	1 -	1 -	1,8
2.	SZMÜ	1 -	1 -	1 -	1,1 ↑
3.	KHBE	1 -	1 -	1-2	1,6 ↓
3.	PDOE	1-2 -	1-2	1-2	1,2
4.	PDBE	2 +	2 +	2 +	1,5
5.	PDWE	2	2	2	1,6

Qualität im DwB 2014, KFK, 11.09.2014, SMG, Andreas Dietel

Seite 4 von 14

## Kategorie 3 – Konzepte und Standards



Pos. 2014 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Konzepte und Standards			Gesamtbewertung 2014
		2012	2013	2014	
1.	SZKÖ	1 -	1 -	1	1,1 =
1.	SZOE	1 -	1	1	1,0
2.	PDBE	1 -	1 -	1 -	1,5
2.	PDOE	1-2	1 -	1 -	1,2
2.	SZWI	1 -	1 -	1 -	1,0
2.	SZFR	1 -	1 -	2 +	1,1 =
2.	RKTR	1 -	1 -	1 -	1,1 =
3.	SZTR	1 -	1-2	1-2	1,1
4.	SZMÜ	2 +	2 +	2	1,1 ↑
5.	SZWE	2-3	2-3	2-3	1,6
5.	PDWE	2-3	2-3	2-3	1,6
5.	KHBE	2 +	2 +	2-3	1,6 ↓
6.	RKWE	3	3	3	1,8

Qualität im DwB 2014, KFK, 11.09.2014, SMG, Andreas Dietel

Seite 5 von 14

## Kategorie 4 – Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management



Pos. 2014 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Gesamtbewertung 2014
		2012	2013	2014	
1.	SZKÖ	1 -	1 -	1	1,1 =
1.	SZOE	1 -	1	1	1,0
1.	SZTR	1 -	1	1	1,1
2.	SZWI	1 -	1 -	1 -	1,0
2.	SZFR	1 -	1 -	1 -	1,1 =
2.	RKTR	1 -	1 -	1 -	1,1 =
2.	SZMÜ	1-2	1-2	1 -	1,1 ↑
2.	PDOE	1-2	1 -	1 -	1,2
2.	PDBE	1 -	1 -	1 -	1,5
3.	SZWE	2	2	2	1,6
4.	KHBE	2 +	2 +	2 -	1,6 ↓
5.	PDWE	2-3	2-3	2-3	1,6
6.	RKWE	3	3	3	1,8

Qualität im DwB 2014, KFK, 11.09.2014, SMG, Andreas Dietel

Seite 6 von 14

## Kategorie 5 – Ergebnisqualität: Pflegezustand der BW / Patienten



Pos. 2014 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Gesamtbewertung 2014
		2012	2013	2014	
1.	SZKÖ	1 -	1 -	1	1,1 =
1.	SZFR	1 -	1 -	1	1,1 =
1.	SZOE	1	1	1	1,0
1.	PDOE	1	1	1	1,2
1.	SZWI	1	1	1	1,0
1.	SZWE	1	1	1	1,6
1.	PDWE	1	1	1	1,6
1.	RKTR	1	1	1	1,1 =
2.	KHBE	1 -	1 -	1 -	1,6 ↓
2.	RKWE	1 -	1 -	1 -	1,8
2.	SZTR	1	1 -	1 -	1,1
2.	SZMÜ	1 -	1 -	1 -	1,1 ↑
3.	PDBE	1-2	1-2	1-2	1,5

Qualität im DwB 2014, KFK, 11.09.2014, SMG, Andreas Dietel

Seite 7 von 14

## Kategorie 6 – Dokumentation



Pos. 2014 in Bezug auf dieses Kriterium	UB/AF	Ergebnisqualität: Dokumentation			Gesamtbewertung 2014
		2012	2013	2014	
1.	SZKÖ	1 -	1 -	1	1,1 =
1.	SZFR	1 -	1 -	1	1,1 =
2.	SZOE	1 -	1 -	1 -	1,0
2.	SZWI	1 -	1 -	1 -	1,0
2.	SZMÜ	1 -	1 -	1 -	1,1 ↑
3.	KHBE	1	1	1-2	1,6 ↓
3.	PDWE	1-2	1-2	1-2	1,6
3.	RKTR	1 -	1 -	1-2	1,1 =
3.	SZTR	1-2	1-2	1-2	1,1
4.	PDBE	2 +	2 +	2 +	1,5
4.	PDOE	2 +	2 +	2 +	1,2
4.	RKWE	2 +	2 +	2 +	1,8
5.	SZWE	3	3	3	1,6

Qualität im DwB 2014, KFK, 11.09.2014, SMG, Andreas Dietel

Seite 8 von 14

# Endergebnis 2014



Pos. 2014	Pos. 2013	UB/AF	Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)			Note MDK
			12	13	14	
1	1.	SZOE	1,0	1,0	1,0	1,0
1	1.	SZWI	1,1	1,0	1,0	1,0
2	2.	SZFR	1,1	1,1	1,1 =	1,4
2	2.	RKTR	1,1	1,1	1,1 =	k.B.
2	2.	SZTR	1,1	1,1	1,1	1,0
2	2.	SZKÓ	1,1	1,1	1,1 =	1,0
2	3.	SZMÜ	1,2	1,2	1,1 ↑	1,1
3	3.	PDOE	1,4	1,2	1,2	1,2
4.	5.	PDBE	1,5	1,5	1,5	1,1
5.	6.	SZWE	1,6	1,6	1,6	1,1
5.	6.	PDWE	1,6	1,6	1,6	1,4
5.	4.	KHBE	1,4	1,4	1,6 ↓	k.B.
6.	7.	RKWE	1,8	1,8	1,8	k.B.



# Herzlichen Glückwunsch!



Die **PDBE** und **PDOE** sowie die **SZOE** und **SZTR** haben in 2014 ihr Zertifikat nach **Diakonie-Siegel Pflege** bestätigt.

## Wie geht es weiter?



- Bericht ‚**Begutachtung zur Systemförderung**‘ - bethelweite Prüfung
- **Schwerpunkt 2015: Effizienzsteigerung** der Dokumentation (Diskurs beobachten, verfolgen)
  - Nach Beendigung des MCC-Projektes – wie kann **Dokumentationsaufwand** reduziert werden (bspw. Kurzzeitlieger – Kopieren der alten Daten in den neuen Vorgang möglich?)
- **Schwerpunkt 2015 - Diakonisches Profil**

## Wie geht es weiter?



- **Schwerpunkt 2015 - Umgang mit Ergebnissen** der anonymen Mitarbeiterbefragungen
- Einführung „**Fehler des Monats**“
- Ausbildungsstätten → **NES**
- **Fortbildungstage** - Entspannungstrainings



NETZWERK FÜR MENSCHEN  
DIAKONIEWERK BETHEL

Unser Dank gilt wie immer auch allen  
Mitarbeitern in Ihren Betrieben

Qualität im DwB 2014, KFK, 11.09.2014, SMG, Andreas Dietel

Seite 13 von 14



Glaube  
und Liebe –  
Hoffnung für  
Menschen



NETZWERK FÜR MENSCHEN  
DIAKONIEWERK BETHEL

### Anhang 3 – Gegenüberstellung der Bewertungen der Unternehmensbeteiligungen durch die Interne Revision in Medizin und Pflege und des MDK

Stand: 27.8.2014

UB/AF	Noten durch die IR in Medizin und Pflege	Benotung durch den MDK
	2012 / 2013 / 2014	2013 / 2014
SZOE	1,0 =	1,0 =
SZWI	1,0 ↑	1,0 ↑
SZFR	1,1 ↑	1,4 ↓
SZTR	1,1 =	1,0 ↑
SZKÖ	1,1 ↑	1,0 ↑
RKTR	1,1 =	k.B.
SZMÜ	1,1 ↑	1,1 =
KHBE	1,6 ↓	k.B.
PDOE	1,2 ↑	1,2 ↑
PDBE	1,5 ↑	1,0 ↑
SZWE	1,6 ↓	1,1 ↓
PDWE	1,6 ↑	1,4 ↓
RKWE	1,8 ↓	k.B.

#### Legende:

k.B. - Keine Benotung durch MDK vorgesehen

Farbskala der DwB-Schulnotenbewertung

## Anhang 4 – Ergebnisse der Mitarbeiter- und Bewohner- / Patientenbefragungen im Verlauf 2012 – 2014

	2012		2013		2014	
	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit	Befragungsart MA- Zufriedenheit	Befragungsart BW / Pat.- Zufriedenheit
SZKÖ	2,1	1,7	2,0	1,8	2,2	1,9
SZFR	2,8	2,0	2,2	1,9	2,0	1,9
KHBE	2,6	2,1	2,6	1,7	2,8	1,8
PDBE	1,8	1,6	2,0	1,8	2,2	1,8
SZOE	2,0	1,8	2,3	1,8	2,3	1,9
PDOE	1,3	1,6	1,6	1,8	2,0	1,7
SZWI	3,3	1,7	2,0	2,0	2,0	2,0
RKWE	2,4	1,7	2,4	2,0	2,2	2,0
SZWE	2,0	1,9	2,4	2,0	2,3	2,1
PDWE	2,1	1,5	1,9	1,8	1,7	1,8
RKTR	1,9	1,8	2,2	1,7	1,9	1,7
SZTR	2,7	1,8	2,2	2,2	1,8	1,9
SZMÜ	2,1	1,9	2,1	2,0	1,8	2,0

### Legende:

Kennzahlvorgabe von besser gleich 2 erreicht.
Kennzahlvorgabe von besser gleich 2 nicht erreicht.
<b>Fett:</b> Höchste Zufriedenheit konzernweit.